Nederlandse Zorgautoriteit

Rapport

Onderzoek zorgfraude

Tussenrapport

december 2013

Inhoud

Vooraf

Voor u ligt het eerste tussenrapport over fraude in de zorg. Het eindrapport zal in juli 2014 verschijnen, aangezien pas dan ook alle kwantitatieve analyses afgerond zullen zijn. Met deze tussenrapportage beogen wij inzicht te geven in de kwetsbare plekken van ons zorgstelsel, en geven wij aanbevelingen over de mogelijkheden om die kwetsbaarheden te verminderen. Verder zijn in deze rapportage de eerste vier kwantitatieve deelanalyses opgenomen.

Duidelijk is wel dat het aanpakken van de kwetsbare plekken in de zorg geen vrijblijvende aangelegenheid is. Veel van de kwetsbare plekken in de regelgeving rond financiering van de zorg zijn het gevolg van eerder gemaakte keuzen bij de vormgeving van het zorgstelsel. Daarbij strijden verschillende beleidsdoelen met elkaar. Zo bieden open omschrijvingen van aanspraken veel ruimte aan de professional om, in het belang van elke individuele patiënt, naar bevind van zaken te kunnen handelen. Tegelijkertijd maken dergelijke open omschrijvingen het moeilijk om eenduidig vast te stellen wat goed en wat fout is. Ook het beschermen van de privacy van de patiënt is een groot goed, terwijl diezelfde bescherming het tegelijkertijd nu onmogelijk maakt dat verzekeraars door middel van een aselecte steekproef materiële controles uitvoeren op de juistheid van declaraties.

In dit rapport richten wij ons op de mogelijkheden die er zijn om het zorgstelsel minder fraudegevoelig te maken en om de ‘checks en balances’ in het systeem zodanig te verbeteren dat fraude eerder gedetecteerd en voorkomen kan worden. Sommige van die voorstellen betekenen dat andere beleidsdoelen ook geraakt zullen worden. In hoeverre dat wenselijk is, is een vraag die een breder perspectief vereist dan het perspectief van het bestrijden van fraude en onjuist declareren.

De belangrijkste aanbevelingen in dit rapport richten zich op een viertal thema’s:

- Beheers de toegang van zorgaanbieders tot financiering ten laste van de Zvw en AWBZ, en maak het voor verzekeraars mogelijk om, in geval van twijfel, aanbieders uit te sluiten van vergoeding.
- Maak materiële controle op declaraties door verzekeraars door middel van een aselecte steekproef mogelijk, en stel die ook verplicht.
- Maak het vergoedingensysteem uit de centrale kas naar verzekeraars en zorgkantoren zodanig dat de business case voor controle en fraudepreventie ook echt loont.
- Maak de regelgeving rond aanspraken en declaratietitels eenduidiger.

Om een beeld te krijgen van de mogelijke omvang van de fraude zullen wij 8 deelsectoren nader kwantitatief onderzoeken op onregelmatigheden in het declaratiegedrag. De resultaten van de eerste 4 vindt u in dit tussenrapport. In het eindrapport in juli 2014 zullen de resultaten van alle 8 deelsectoren gepresenteerd worden waardoor ook een totaalbeeld opgemaakt kan worden.

Onze voorlopige bevinding op basis van de 4 deelsectoren laat zien dat voor 75 tot 85 miljoen euro aan onregelmatigheden naar boven is gekomen. Dit ligt in de orde van grootte van 1% van de gedeclareerde bedragen.

Dit betekent enerzijds nog niet dat het hier altijd om fraude gaat, anderzijds zullen in de verdere analyse van de data nog meer

onregelmatigheden naar boven komen. De eindstand van de analyse op alle 8 sectoren zullen we in juli 2014 presenteren in het eindrapport.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. dr. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

In dit rapport treft u de eerste resultaten van ons onderzoek naar zorgfraude in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het onderzoek betreft voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) de tweedelijns- en eerstelijnszorg curatieve zorg, en het gaat om zowel somatische zorg als geestelijke gezondheidszorg. Voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gaat het om zorg in natura (ZIN) en het Persoonsgebonden Budget (PGB). Wij hebben zowel onderzoek gedaan naar de fraudegevoelige aspecten als naar de omvang van onregelmatigheden in de zorg voor vier sectoren.

Het rapport bestaat uit twee delen. Hierin komen de volgende drie vragen aan bod:
- Wat kunnen een aanbieder en een consument doen op het gebied van fraude en wat kunnen de verzekeraar en de overheid hiertegen doen?
- Zijn de prikkels voor een verzekeraar om überhaupt fraude op te sporen wel groot genoeg en hoe kan de overheid deze verbeteren indien nodig?
- Welke meer algemene belemmeringen zijn er nu voor verzekeraars en wat kan de overheid daaraan doen?

We kijken voor een beantwoording van deze vragen naar de algemeen geldende risico's op fraude. Daarnaast voeren we een systeem analyse uit op acht zorgmarkten.

> Van fraude in de zorg wordt gesproken indien er sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:
> - (financieel) verkregen voordeel;
> - overtreden van declaratieregels;
> - opzettelijk en misleidend handelen.
>
> Vanuit het perspectief van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg), en dus de NZa, is opzettelijkheid minder relevant. Een (betaling van een) rekening moet juist zijn, dus conform de wet- en regelgeving (rechtmatig).

- Belangrijkste aanbevelingen

In deze samenvatting beperken we ons tot de aanbevelingen. De onderbouwing vindt u in het rapport zelf.

Breng fraude-opsporing en controle snel op orde
Uit onze analyse blijkt dat veel verzekeraars hun controles kunnen verbeteren. Wij beoordelen verzekeraars op onder andere materiële controle, gepast gebruik en misbruik/oneigenlijk gebruik. Daaruit blijkt dat slechts drie van de elf verzekeraars op alle drie deze onderdelen een voldoende scoren. In een aantal gevallen hebben verzekeraars basale controles niet op orde.

Een eerste uitkomst van de data-analyse laat zien dat verzekeraars per jaar mogelijk ongeveer 80 miljoen euro teveel betalen voor huisartsenzorg, mondzorg, farmacie en GGZ. Wij vinden dat verzekeraars veel meer aandacht moeten besteden aan fraude-opsporing en controles en wij zullen de uitkomsten van de analyse delen met verzekeraars opdat zij actie ondernemen. Alleen al wanneer iedere verzekeraar zich op zou trekken aan de *best practice,* dan zou dat leiden

tot een enorme verbetering ten opzichte van de huidige situatie. Daarnaast gaan wij zelf inzichtelijk maken welke verzekeraars de zaken onvoldoende op orde hebben en optreden tegen hen. Om effectief te kunnen handhaven rechtstreeks richting zorgkantoren die de AWBZ uitvoeren, dient VWS de bevoegdheden van de NZa uit te breiden.

Maak een keuze: fraudecontrole of privacy?
De fraude-opsporing moet professioneler worden. Dat betekent dat verzekeraars niet alleen dossiers mogen onderzoeken als er een vermoeden van fraude is, maar ook bij wijze van standaardcontrole een steekproef moeten kunnen nemen uit dossiers. Zo komen zij eerder (vermoede en onvermoede) fraude en frauderisico's op het spoor en kunnen zij hun controletaak steviger oppakken. Om dit mogelijk te maken moet de privacyregeling scherp tegen het licht gehouden worden.

Het borgen van privacy en het medisch beroepsgeheim zijn een groot goed en staan niet ter discussie. Maar de manier waarop er op dit moment invulling wordt gegeven aan het borgen hiervan beperkt de controlemogelijkheden van de verzekeraar. VWS zou de mogelijkheden voor controles door verzekeraars kunnen verruimen, door bijvoorbeeld ook steekproeven toe te staan willekeurige declaraties, zonder vermoeden van fraude.

Zorg dat verzekeraar niet gestraft wordt voor goede controles
In de Zvw is sinds 2012 de ex-post verevening grotendeels afgebouwd, met uitzondering van de vaste ziekenhuiskosten en de jeugd-GGZ. Hierdoor wordt het voor verzekeraars financieel aantrekkelijker om controles te intensiveren. Omdat geconstateerde, maar niet meer terug te vorderen fraudebedragen niet mogen meetellen voor de ex-ante verevening in navolgende jaren, worden verzekeraars indirect gestraft voor iedere euro fraude die zij opsporen maar niet meer valt te verhalen. Wij adviseren VWS zowel de resterende ex-postverevening zo snel mogelijk af te bouwen als ervoor te zorgen dat er goede prikkels zijn om tijdig te controleren op fraude en om achteraf opgespoorde fraude te melden. In de AWBZ (straks Wlz) lopen verzekeraars geen risico. Zij zouden ook hier zoveel mogelijk risicodragend moeten worden.

Maak het niet vergoeden van zorg mogelijk
VWS heeft via een wetswijziging voorgesteld toe te staan dat verzekeraars de factuur van een niet-gecontracteerde aanbieder niet vergoeden (artikel 13). Op dit moment is er onduidelijkheid over hoogte van vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Dit zorgt ervoor dat verzekeraars bij vermoedens van fraude moeilijk betalingen kunnen stopzetten. Ook los van de reeds voorgestelde wijziging van artikel 13 kan onderzocht worden verzekeraars in geval van twijfel over de betrouwbaarheid van de aanbieder de bevoegdheid te geven betaling te corrigeren. Een dergelijke bepaling zou niet alleen natura- maar ook restitutiepolissen betreffen.

Verscherp de controle op nieuwe aanbieders
De controle op een aanbieder die tot een zorgmarkt wil toetreden moeten we verscherpen. Hiervoor dient IGZ de controle op WTZi-toelatingen en BIG registraties te verscherpen, bijvoorbeeld door verwijdering van eerder veroordeelde/geschorste aanbieders uit deze registers. Op basis hiervan dient ook Vektis de controle op de AGB-codes van aanbieders te verscherpen.

Geef de consument inzicht in de zorgrekening
Consumenten krijgen slechts beperkt de rekening van een aanbieder te zien. Verzekeraars zouden een verzekerde moeten vragen of een

rekening van een aanbieder terecht is ingediend bij de verzekeraar. Dit dient ook sneller te gebeuren dan nu. Aanbieders en consumenten kunnen hun rekeningen tot drie jaar later bij hun verzekeraar indienen. Dat is te laat voor goede controle, zowel door consument als verzekeraar. VWS zou de termijn waarop aanbieders en consumenten een afgesloten zorgtraject moeten declareren moeten verkorten naar 30 of 90 dagen. Zo is controle eenvoudiger. Daarnaast kan VWS de mogelijkheden onderzoeken om verzekerden te betrekken bij controle van de geleverde zorg in de behandelkamer, door bijvoorbeeld de verzekerde te laten tekenen voor het ontvangen van zorg.

Stel goede prestaties en duidelijke regels vast
Dit onderzoek bevat naast aanbevelingen aan andere partijen ook een aantal aanbevelingen aan onszelf. Op dit moment stellen wij prestatiebeschrijvingen en declaratieregels vast. Waar deze regelgeving onduidelijkheden bevat en grijze gebieden heeft, is het aan ons om het initiatief tot verbetering te nemen. Hiermee creëren we zowel duidelijkheid richting de aanbieder over wat er wel en wat er niet mag als dat we de verzekeraar een instrument geven om afspraken te maken met aanbieders en hierop te controleren.

− Risico’s per zorgmarkt

Bij het inventariseren van de frauderisico’s op de diverse zorgmarkten hebben we de fraudecategorisering van Sparrow (2000) gebruikt. In alle markten die wij hebben onderzocht zijn deze risico’s aanwezig. In de diverse hoofdstukken kunt u hiervan in tabellen mogelijke manieren van onjuist declareren nalezen.

Categorie	Omschrijving
Spookzorg	Bij spookzorg is zorg die gedeclareerd is niet geleverd. Dit kan door fictieve patiënten op te voeren, of behandelingen te declareren die niet hebben plaatsgevonden bij bestaande patiënten. Het laatste scenario is het meest waarschijnlijk.
Onverzekerde zorg	Aanbieders kunnen onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren. Dit risico is er vooral in markten waar zorg onder bepaalde voorwaarden wel onder het basispakket valt, en onder bepaalde voorwaarden niet (mondzorg, fysiotherapie, medisch specialistische zorg). Deze vorm van fraude is in ieder geval voor de individuele patiënt lucratief, die krijgt de zorg hierdoor vergoed. Ook voor de aanbieder kan er winst zijn als er een verschil in prijs zit tussen de verzekerde en de onverzekerde zorg. Deze vorm van fraude is vrijwel alleen op te sporen met materiële controles.
Declaratie-overtredingen	Aanbieders kunnen de zorg die zij leveren *dubbel claimen:* bijvoorbeeld bij de patiënt en verzekeraar, twee keer bij dezelfde verzekeraar of bij twee verschillende verzekeraars. Eigenlijk zou dit soort overtredingen gemakkelijk in basiscontroles van verzekeraars zichtbaar moeten worden. Waar dezelfde soort zorg in verschillende bekostigingssystemen valt (bijvoorbeeld curatieve GGZ (Zvw) en langdurige GGZ (AWBZ)) kunnen aanbieders zorg declareren ten laste van beide systemen. *Dubbele bekostiging* komt ook voor bij aanbieders met een vaste en een variabele component (bijvoorbeeld het consult van huisartsen en de M&I-verrichting

	chirurgie). Het risico is hier dat iets dat al in de behandeling zit via de toeslag nog een keer extra wordt gedeclareerd. Frauderen door *op te knippen* kan voorkomen als een bundel van zorgactiviteiten declarabel is, maar ook de activiteiten los van elkaar. Bij *upcoding* declareert een aanbieder een duurdere behandeling dan de geleverde zorg rechtvaardigt. Verzekeraars kunnen dit vrijwel alleen met materiële controles boven water krijgen.
Fraude tegen of om de patiënt	Aanbieders kunnen de *patiënt ten onrechte laten bijbetalen* voor zorg die in de geleverde prestatie hoort. Een voorbeeld hiervan is het bijbetalen voor toiletpapier in de AWBZ. Dit valt gewoon onder de AWBZ. De *U-bochtconstructie* is een combinatie van dubbel declareren en opknippen: iemand wil een spiraaltje, en krijgt van de specialist te horen dat zij die zelf moet kopen bij de (ziekenhuis)apotheek. Het spiraaltje zelf zit echter al in de DBC. Zo ontvangt het ziekenhuis een dubbele vergoeding of een vergoeding voor niet gemaakte kosten. Een *verwijsvergoeding* is een manier om meer patiënten te krijgen, bijvoorbeeld: een ziekenhuis betaalt een verwijsvergoeding aan huisartsen. Patiënten worden niet direct gedupeerd, maar krijgen mogelijk niet de meest optimale zorg.
Ongepast gebruik	Aanbieders kunnen hun patiënten *meer zorg leveren dan noodzakelijk*, bijvoorbeeld meer zittingen fysiotherapie dan nodig. Ook *onderbehandelen* kan lucratief zijn: bijvoorbeeld minder uren zorg leveren dan afgesproken in de AWBZ.

Hieronder lichten wij onze bevindingen per markt kort toe.

- Curatieve GGZ

Cliënten komen vrijwel altijd via een verwijzing in de GGZ terecht, tenzij het een crisissituatie is. Het is voor aanbieders vrij gemakkelijk om de curatieve GGZ te betreden. In de afgelopen jaren zijn er ook veel signalen van dubieuze aanbieders met bijvoorbeeld afkickklinieken in subtropische oorden.

Er moet daarom scherper toezicht komen op aanbieders die GGZ aan (willen gaan) bieden. VWS, NZa, IGZ en Vektis moeten zorgen voor een totaalbestand met aanbieders en bijbehorende AGB-codes, BIG-registerverwijzingen en grenzen stellen aan hoeveel AGB-codes een instelling mag hebben. Dit moet inzichtelijk zijn voor verzekeraars, zodat zij dit systeem kunnen gebruiken om inzicht te krijgen in welke declaratiestromen geoorloofd zijn en wat de achtergrond van een verwijzer is. Het is hierbij ook van belang dat VWS aan verzekeraars de mogelijkheid geeft om de nota van niet-gecontracteerde aanbieders niet te vergoeden (artikel 13 Zvw).

Prestaties in de GGZ zijn gebaseerd op tijd. Deze prestaties beïnvloeden de hoeveelheid tijd die een aanbieder aan patiënt besteedt. Het is hierbij momenteel niet duidelijk voor de verzekeraar welke behandeling een patiënt heeft gehad. De NZa kan het systeem van zorgproducten (DBC's GGZ) inzichtelijker maken en het zichtbaar maken van activiteiten en verrichtingen met de bijbehorende tijdsbesteding verplicht stellen voor aanbieders zodat zorgverzekeraars en verzekerden kunnen controleren. Daarnaast dienen de NZa en VWS te onderzoeken of er een meer zorginhoudelijke bekostiging kan komen, zodat patiënten beter kunnen zien wat hun behandeling precies inhoudt en verzekeraars fraude beter kunnen detecteren.

− Extramurale farmacie

Consumenten hebben om UR-geneesmiddelen te krijgen een recept nodig van een arts. Apotheekhoudende huisartsen zijn zowel voorschrijver als leverancier van geneesmiddelen. Hierdoor bestaat het risico dat zij teveel geneesmiddelen voorschrijven.

De farmacie is voor consumenten niet altijd transparant. De NZa zou met de beroepsgroep de prestaties nog duidelijker kunnen afbakenen. Dit maakt controle van de rekening door de consument ook makkelijker, omdat het dan helder is om wat voor zorg het gaat. Het verplicht stellen dat verzekeraars overzichten versturen aan consumenten kan bijvoorbeeld voorkomen dat er ten onrechte toeslagen in rekening worden gebracht.

Verzekeraars kunnen hun controles op de farmacie ook beter inrichten. Bijvoorbeeld door bij de zorginkoop vast te stellen welke apotheken een bereidingsfunctie hebben of bereidingen maken en welke apotheken dienstwaarnemingen uitvoeren. Zij kunnen vervolgens op basis van die gegevens de declaraties van toeslagen voor deze specifieke functies controleren. Uit onze data-analyse blijkt dat hier nog wel iets te halen valt. Zo is er bijvoorbeeld een merkwaardige casus waarbij een patiënt in een kwartaal 1000 keer bij de apotheek is geweest en een hoeveelheid medicijnen mee kreeg die, als deze patiënt ze allemaal zou innemen, niet gezond zou zijn.

− Huisartsenzorg

De huisartsenzorg kent een vergoedingssysteem met een vaste component (inschrijftarief) en aparte vergoedingen voor consulten en verrichtingen. Een huisarts ontvangt het inschrijftarief voor ieder ingeschreven patiënt, en vervolgens per consult een bedrag. Omdat deze zorg niet onder het eigen risico valt, zien patiënten niet of nauwelijks wat de huisarts declareert.

Consumenten moeten ook voor deze zorg een in heldere taal gespecificeerd rekeningoverzicht krijgen van verzekeraars. Zij kunnen consumenten vragen om te bevestigen of zij a) geweest zijn bij de zorgaanbieder en b) de zorg hebben ontvangen die in rekening is gebracht.

Schrijft een patiënt zich uit, of wordt deze opgenomen in een AWBZ-instelling met behandeling, dan mag de huisarts niet meer het inschrijftarief innen. Wij hebben signalen dat dit soms nog wel gebeurt. Verzekeraars kunnen deze vorm van niet-correct declareren detecteren door meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door *datamining*) uit te voeren op het inschrijftarief. Wij verwachten op basis van de gegevens in de declaratiebestanden dat deze controles nu onvoldoende worden uitgevoerd. De analyse van declaraties van huisartsen wees uit dat jaarlijks voor een paar miljoen euro teveel aan inschrijftarieven geïnd wordt.

In de loop der jaren is de bekostiging van huisartsenzorg een complex systeem geworden met elkaar soms overlappende prestaties. Hierdoor kan het voorkomen dat er voor bepaalde zorg op meerdere manieren wordt gedeclareerd. Dit kan bijvoorbeeld door het in rekening brengen van zowel een M&I-verrichting als een consult. Daarnaast biedt ook de huidige bekostiging van diabetes en COPD deze mogelijkheid. Verzekeraars kunnen hierop controleren door, meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door *datamining*) uit te voeren.

− Mondzorg

Mondzorg valt deels onder de basisverzekering (tot 18 jaar en bepaalde specifieke zorg). Voor het overige moeten consumenten een deel zelf betalen of zich aanvullend verzekeren. Het voordeel hiervan is dat consumenten die niet verzekerd zijn zelf zien wat de tandarts in rekening brengt en dit kunnen controleren. Voor zorg die wel verzekerd is, is deze prikkel minder aanwezig. Daarom is ook voor deze markt het pleidooi dat consumenten inzicht krijgen in hun zorgnota.

Een risico waar we in onze analyse naar gekeken hebben is het in rekening brengen van zorg die niet is geleverd (spooknota's). Signalen die we daarover hebben ontvangen zijn bijvoorbeeld het boeken van vullingen van een volwassene op de verzekering van hun kind of het in rekening brengen van meer sealants dan er daadwerkelijk gedaan zijn. Uit de data-analyse blijkt dat er jaarlijks voor zo'n 4 miljoen aan behandelingen die meestal voor volwassenen zijn (kronen, wortelkanaalbehandelingen, gebitsprotheses) bij kinderen worden gedeclareerd. Ook het dubbel declareren van zorg is een risico in deze markt. Dit kan bijvoorbeeld wanneer een aanbieder zowel naar de patiënt als de verzekeraar een rekening stuurt. Dit is ook in de data-analyse gevonden.

Voorgaande risico's zijn ook te ondervangen met *datamining*. Verzekeraars moeten zelf meer automatische, formele controles uitvoeren tegen dubbele bekostiging en opknippen. Zij moeten daarnaast *datamining* gebruiken om afwijkende declaratiepatronen bij zorgaanbieders op te sporen en vragen om deze afwijking toe te lichten.

− Medisch Specialistische zorg

Instellingen voor medisch specialistische zorg leveren zowel verzekerde als onverzekerde zorg. Vaak is de scheidslijn dun tussen wat verzekerd is en wat niet. Het CVZ moet de aanspraak scherper en eenduidiger definiëren, zodat er geen twijfel meer mogelijk is. De NZa kan bekijken hoe zij dit scherp en duidelijk in haar zorgprestaties vertaalt. Vervolgens moeten de verzekeraars het grensvlak verzekerd/onverzekerd beter bewaken.

De medisch specialistische zorg is, behalve de spoedeisende hulp, alleen toegankelijk met een verwijzing. Toch komt het vaak voor dat mensen zich op de SEH melden zonder verwijzing. Officieel moet het ziekenhuis de kosten die zij maken voor deze patiënt bij de patiënt zelf in rekening brengen. In de praktijk komt het voor dat toch een AGB-code wordt ingevuld, zodat de kosten voor de patiënt beperkt blijven. Dat is voor de individuele patiënt prettig, maar doet de zorgkosten toenemen: deze persoon had ook naar een huisartsenpost kunnen gaan. De NZa moet daarom verwijzende zorgaanbieders verplichten hun AGB-code te vermelden op het verwijsdocument op het moment dat ze naar de medisch specialistische zorg verwijzen. Verzekeraars moeten hier in hun contracten afspraken over maken, zodat zij kunnen benchmarken bij ziekenhuizen.

Omdat er voor medisch specialistische zorg – als het eigen risico al opgesoupeerd is – geen eigen betalingen zijn, is er een prikkel om eerder voor de MSZ te kiezen dan voor een andere aanbieder: denk aan het trekken van een kies bij de tandarts (zelf betalen) of de kaakchirurg (geen eigen betaling). VWS moet er voor zorgen dat in de aanspraak een functie al dan niet onder het eigen risico valt, ongeacht wie deze zorg levert. De beroepsgroepen en VWS zouden helder moeten maken in protocollen wanneer je iemand naar de tweedelijn doorverwijst.

Als het gaat om niet-correct declareren is het, zeker nu veel consumenten een hoger eigen risico hebben, van belang dat er meer inzicht komt in de ziekenhuisnota. De NZa voert daarvoor nieuwe regels in per 1 juni 2014. Hierdoor kunnen consumenten hun ziekenhuisnota beter controleren.

Daarnaast moet de NZa het declaratiesysteem onderhouden:
- Zoveel mogelijk parallelle DBC's terugbrengen, zodat er maar één DBC-zorgtraject open kan staan.
- De zorgactiviteiten in de zorgactiviteitentabel verduidelijken, wanneer er onduidelijkheid is over de definitie of de toepassing.
- Wijzigingen in de regelgeving doorvoeren waarmee onbedoelde prikkels worden aangepakt. Verbeter de registratieregels, waarbij o.a. aandacht is voor het beperken van uitzonderingen op deze registratieregels.

Door onderhoud van het declaratiesysteem en de verplichtingen rondom de nota vergroten we duidelijkheid en transparantie. Verzekeraars moeten hier vervolgens hun controles op inrichten, zodat bijvoorbeeld opknippen van nota's en dubbele bekostiging aan het licht komen.

Een deel van de risico's in de medisch specialistische zorg wordt veroorzaakt door het bestaan van meerdere bekostigingssystemen. VWS schaft de duale bekostigingssituatie (transitiemodel en beheersmodel) af per 2015 door invoering van integrale tarieven. Daarbij zou VWS ook de omvang en het bestaansrecht van de academische component tegen het licht moeten houden en deze moeten schonen voor eventuele dubbele financiering voor dezelfde zorg.

- Fysiotherapie

Fysiotherapie valt, net als mondzorg, deels onder de basis- en deels onder de aanvullende verzekering. Patiënten onder de 18 jaar en zorg van de zogenaamde chronische lijst worden vergoed vanuit de basisverzekering. In de meeste gevallen betalen consumenten de eerste twintig behandelingen fysiotherapie zelf. Daar is de prikkel om de rekening goed te bekijken groot. Is iemand aanvullend verzekerd, of komt iemand boven de 20 behandelingen, dan is deze prikkel lager.

Bij fysiotherapie is er een risico op dubbel declareren wanneer zowel de aanbieder als de patiënt een rekening stuurt naar de verzekeraar. Dat zouden verzekeraars met hun controlesysteem moeten detecteren, bijvoorbeeld door twee dezelfde declaraties op één dag uit het systeem te filteren. En ander risico is dat fysiotherapie wordt bekostigd in de AWBZ én de Zvw. Dit kan door bijvoorbeeld fysiotherapie in een verpleeghuis ook nog via de Zvw te declareren. Verzekeraars kunnen ook hierop controleren.

Er is geen toegangspoort in de fysiotherapie. Dat betekent dat indicatiesteller en behandelaar dezelfde persoon zijn. Omdat cliënten niet altijd hetzelfde kennisniveau hebben, kan dit een reden zijn om het aantal zittingen groter te maken dan nodig. Verzekeraars kunnen gebruik maken van *datamining* om de praktijkvariatie en mogelijk ongepast

gebruik inzichtelijk te maken, zodat ze hier vervolgens actie op kunnen ondernemen.

Er zijn daarnaast nog een aantal andere risico's die verzekeraars via *datamining* zouden kunnen ondervangen. Aanbieders kunnen ten onrechte instellingstoeslagen in rekening brengen, of ten onrechte meerdere consulten op een dag declareren voor dezelfde patiënt. We hebben ook signalen dat er aanbieders declareren alsof iemand individueel is behandeld, terwijl dit in een groep is gebeurd.

− AWBZ- zorg in natura

De langdurige zorg in de AWBZ – zoals die nu nog is – is ingedeeld in vijf functies: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf.

Iemand kan toegang krijgen tot zorg in natura in de AWBZ door een (her)indicatiestelling door het CIZ of door de zorgaanbieder (in mandaat). In dat laatste geval kan de zorgaanbieder een belang kan hebben bij een zo hoog mogelijke indicatie. Deze prikkel kan overigens ook aanwezig zijn bij de cliënt: die kan zijn gezondheidstoestand overdrijven om meer zorg dan nodig te krijgen. Het CIZ heeft dit jaar onderzoek gedaan naar gemandateerde indicaties en zij zouden mede op basis van deze uitkomsten mandaatindicaties moeten beperken en de controles op herindicaties moeten verbeteren.

In de AWBZ zijn er naast de indicatie andere vormen van zorg die een aanbieder apart kan declareren. Omdat die niet geïndiceerd worden, kunnen aanbieders deze zorg leveren zonder dat hiervoor een medische noodzaak is. Bepaalde extra kosten, zoals hulpmiddelen, vallen niet in het budgettair kader voor de AWBZ. Daar is geen prikkel om de kosten te beperken.

In de nieuwe wet Langdurige zorg zouden gemeenten en verzekeraars daarom over moeten stappen naar een systeem van zorgpakketten in de extramurale zorg. Hiermee daalt de grote diversiteit aan prestaties en bijhorende toeslagen. Een zorgaanbieder wordt in dit geval niet meer direct beloond voor het leveren van minder of slechtere zorg. Het is aan VWS, CVZ en NZa om er in de overgangsperiode op toe te zien dat de definities van de pakketten en prestatiebeschrijvingen zo scherp mogelijk zijn.

In de bekostiging van de AWBZ zijn verschillende risico's te herkennen.
- Zo zijn de onterechte bijbetalingen voor waskosten in de AWBZ al enige tijd een thema. Instellingen brengen dat ten onterechte bij hun cliënten in rekening, terwijl dit gewoon onder de AWBZ valt.
- Dubbele bekostiging is een risico tussen AWBZ en Zvw bijvoorbeeld in de GGZ of bij medicijnkosten. Het risico is het grootst bij zorg die in beide systemen een betaaltitel heeft, waardoor er geschoven kan worden.
- De scheidslijnen tussen sommige van de functies en bijbehorende ZZP's in de AWBZ zijn dun. Dit is een risico op upcoding wanneer een aanbieder hier niet integer mee omgaat.
- Aanbieders kunnen minder zorg leveren dan ze declareren. Dat ziet een cliënt in de AWBZ alleen mogelijk pas als de eigen betaling in beeld komt en hij dan een vergelijking maakt met de indicatie en de werkelijk geleverde zorg. De eigen bijdrage als controlemechanisme kan sterker ingezet worden. Hiervoor moeten Vektis en CAK samenwerken. Cliënten moeten sneller hun rekening krijgen en die controleren. Ook zorgkantoren moeten hier in hun controles scherp op zijn.

Bij het toezicht op de AWBZ valt op dat er bij het CIZ beperkt ruimte is om controles uit te voeren. Ook heeft de NZa niet alle bevoegdheden om hard in te grijpen als zorgkantoren hun werk niet naar behoren uitvoeren. Uit NZa-onderzoek blijkt dat sommige zorgkantoren onder de maat presteren bij het opsporen van misbruik en oneigenlijk gebruik. De controles en opsporing moeten echt beter worden. De NZa vraagt VWS om de bevoegdheden om zorgkantoren hier op aan te pakken.

− AWBZ - PGB
Bij het PGB in de AWBZ hebben cliënten meer ruimte voor eigen invulling van zorg. Zij kunnen zorg zelf inkopen en dat behalve bij professionals ook doen bij bijvoorbeeld familie of vrienden. Deze regeling geeft echter ook meer vrijheden om fraude te plegen.

Bij de toegang tot het PGB is er een risico dat een cliënt onnodig een indicatie krijgt, of een te hoge indicatie. Doordat het zorgkantoor alleen een administratieve controle doet, kan een foute indicatie er door glippen. Bijvoorbeeld als:

− De cliënt zijn gezondheidsprobleem overdrijft.
− Een bemiddelingsbureau namens de cliënt de aanvraag doet en hier misbruik van maakt.
− Behandelaars een onjuiste diagnose stellen en hierdoor onnodig zorg vergoed krijgen. Deze constructie is bekend bij bijvoorbeeld niet- of slecht Nederlands sprekende patiënten.

In de toekomstige Wlz moet alleen een PGB mogelijk zijn als de indicatie face-to-face wordt gesteld. VWS moet in de regelgeving vastleggen dat bij een herindicatie altijd contact wordt gezocht met de cliënt en zorgkantoren/Wlz-uitvoerders onder de Wlz een belangrijkere rol bij de toegang tot het PGB geven.

Bij het PGB bestaat het risico dat de cliënt het PGB aan iets anders dan zorg besteedt, of zorg van een te lage kwaliteit krijgt. Dit laatste kan ook voorkomen doordat een bemiddelingsbureau de cliënt onder druk zet. Dit kan VWS voorkomen door in de Wlz zorgverlening bij een PGB alleen mogelijk te maken voor gekwalificeerde zorgaanbieders. Daarbij moet wel gekeken worden hoe om te gaan met bijvoorbeeld naaste familie die zorg geeft aan een ernstig gehandicapt kind of andere dergelijke gevallen.

De bekostiging biedt op verschillende manieren mogelijkheden tot niet-correct declareren.

− Zo kan een cliënt die het PGB niet volledig lijkt te gaan benutten bijvoorbeeld een zorgverlener vragen om meer te declareren dan er geleverd is. Op die manier ‘verdient’ de cliënt extra geld. Daarom moet VWS het trekkingsrecht voor het PGB zo spoedig mogelijk invoeren. SVB en de Wlz-uitvoerder moeten goed afstemmen over wie met de beschikbare informatie controles doet naar misbruik en/of eigenlijk gebruik.
− Ook bemiddelingsbureaus kunnen op een soortgelijke manier zorggeld verkeerd besteden: het geld voor andere zaken dan zorg gebruiken, minder zorg leveren en verantwoorden dan geïndiceerd, zorg declareren terwijl de cliënt op vakantie is, etc.

− Onregelmatigheden in databestanden
In ons rapport doen we meerdere malen de aanbeveling aan verzekeraars om gebruik te maken van *datamining*. In het kader van dit onderzoek hebben we een kwantitatieve analyse (*datamining*) uit laten voeren op de declaratiegegevens voor de GGZ, farmacie, huisartsenzorg en mondzorg. Deze analyse is uitgevoerd door het Fraude Detectie

Expertise Centrum (FDEC). Het door hen gemaakte rapport is als bijlage opgenomen bij dit rapport.

Uit het rapport blijkt dat declaratieregels worden overtreden. We hebben binnen de beschikbare tijd niet na kunnen gaan of dit oprechte vergissingen zijn, of er opzet in het spel is, of dat de regels wellicht niet helder (genoeg) zijn. Ook de kwaliteit van de brongegevens kan een oorzaak zijn voor het signaleren van merkwaardigheden, hier is voor zover mogelijk rekening mee gehouden.

Daarnaast heeft FDEC gekeken naar afwijkende cases, zogenaamde anomalieën. Dit zijn bijvoorbeeld patiënten die bovengemiddelde zorgkosten veroorzaken of waarvoor een onverklaarbaar groot aantal prestaties in rekening is gebracht. Daarnaast is er ook gekeken naar aanbieders met een afwijkend behandelpatroon ten opzichte van vergelijkbare aanbieders.

Op basis van het rapport kunnen we concluderen dat voor 2010 het overtreden van declaratieregels leidt tot een mogelijk te veel vergoed bedrag van 70,3 miljoen in de sectoren huisartsenzorg, mondzorg, farmacie en GGZ. Hier komt nog een bijdrage van de gevonden anomalieën bij van 7,1 miljoen hetgeen het totaal op een bedrag brengt van 77,4 miljoen euro.

Voor 2011 is het totale bedrag dat mogelijk te veel vergoed is in de vier genoemde sectoren 82,3 miljoen (74,2 aan overtreding van de declaratieregels en 8,1 door de bijdrage van anomalieën). De hoogte van het bedrag dat we vinden via anomalieën is zeer afhankelijk van het gekozen percentage. We hebben hier gekozen voor een percentage van 99%. Wanneer we niet uitgaan van het 99%-punt maar van 99,9% (wat betekent dat men zeer conservatief rekent), dan zijn de schattingen voor 2010 70,9 miljoen euro en voor 2011 75,9 miljoen euro.

Daarnaast verwachten wij ook dat wanneer we het aantal toetsen uitbreiden, we meer gevallen zullen vinden waarin ten onrechte een bedrag is vergoed. Het is namelijk ook mogelijk dat zich onregelmatigheden en/of gevallen van fraude buiten de nu onderzochte gebieden bevinden. In de analyse is ook in beeld gebracht wat het effect is wanneer de grens wordt gelegd bij 95%. Het aantal gevonden anomalieën neemt dan in omvang toe, maar gelijktijdig neemt het risico op ‘loos alarm’ toe. Ook een andere categorie mogelijke foute declaraties blijft buiten beeld: als alle aanbieders in een markt hetzelfde onwenselijke gedrag vertonen, dan sporen we dit via deze methode niet op kunnen sporen. Er wijkt in die situatie immers niemand af van de ander.

Zoals gezegd betekent dit niet dat het hier om fraude gaat. We hebben niet na kunnen gaan dit oprechte vergissingen zijn, of er opzet in het spel is, dat de regels wellicht niet helder (genoeg) zijn, dat het administratieve vergissingen betreft of dat de onregelmatigheden vanuit de specifieke situatie van de zorgverlening verklaard kunnen worden. De bedragen zoals nu genoemd zijn een ondergrens.

Naast de opgeleverde rapportage zal FDEC ook een aantal cases nader uitwerken. Deze cases zullen wij voorleggen aan de verzekeraar in kwestie. Daarnaast adviseren wij verzekeraars om dit rapport te gebruiken voor het verbeteren van controles en fraude-opsporing.

1. Inleiding

We staan in Nederland voor het vraagstuk hoe we de steeds stijgende kosten van de zorg kunnen blijven betalen. Hiervoor worden verschillende maatregelen genomen zoals het maken van afspraken over de totale groei van uitgaven, het maken van keuzes in het verzekerde pakket, het scherper inkopen door zorgverzekeraars, maar ook het voorkomen en opsporen van onjuiste declaraties.

Op 11 juli 2013 heeft de minister van VWS ons gevraagd om onderzoek te doen naar zorgfraude. Waar zitten de fraudegevoelige aspecten in de AWBZ en de Zvw? Welke risico's zien we? En komen die risico's daadwerkelijk voor in de zorg? In deze eerste deelrapportage van het zorgfraudeonderzoek lichten wij het stelsel door op frauderisico's en doen aanbeveling om die risico's in te perken. Bovendien rapporteren wij op basis van analyses van declaratiebestanden van een viertal sectoren of die risico's daadwerkelijk voorkomen. In de eindrapportage die in 2014 verschijnt zullen we deze analyse aanvullen met nog vier sectoren.

In juli 2014 volgt het eindrapport, met daarin meer analyses en een schatting van de omvang van fraude in de zorg.

1.1 Gerelateerde onderwerpen

Wij zijn niet de enige partij die op dit moment bezig is met het onderwerp zorgfraude. En natuurlijk zijn er binnen de NZa naast dit onderzoek meer werkzaamheden rondom zorgfraude. Bij het maken van dit rapport hebben we kennis genomen van reeds gepubliceerd materiaal en overleg gepleegd met de personen die bezig zijn met dit onderwerp. In dit rapport verwijzen wij meerdere malen naar rapporten over die onderwerpen en laten we zien welke acties er op dit moment worden ondernomen. Hieronder stippen wij een aantal van deze onderzoeken alvast aan.

Een belangrijk onderdeel van het toezicht van de NZa is het uitvoeringstoezicht op zorgverzekeraars en zorgkantoren (concessiehouders). Wij publiceren in het voorjaar van 2014 voor zowel de zorgverzekeraars als de zorgkantoren hoe goed zij hun wettelijke controle taken uitvoeren. Uit eerdere onderzoeken bleek dat er grote verschillen bestaan tussen zorgverzekeraars en dat kleinere partijen meer werk lijken te maken van hun controlewerkzaamheden dan de grotere partijen.

Tegelijkertijd met dit onderzoek publiceert de NZa drie andere rapporten:

− Een rapport over de intentie tot correct declareren van het onderzoeksbureau Panteia gepubliceerd over de thuiszorg.[1] Het rapport beschrijft in hoeverre aanbieders van thuiszorg de wet- en regelgeving kennen en in hoeverre zij de intentie hebben om die na te leven. Hieruit blijkt onder andere dat 41% van de ondervraagde organisaties in het afgelopen jaar wel eens onbewust onterecht iets in rekening heeft gebracht en 2% zegt dit weleens bewust te hebben

[1] Correct declareren in de extramurale AWBZ zorg, Panteia, publicatie eind december 2013 op www.nza.nl.

gedaan. De uitkomsten van het onderzoek gebruikt de NZa voor verder onderzoek naar correct declareren in de thuiszorg.

- Een rapport over het toezichtonderzoek in de curatieve GGZ[2]. De NZa heeft in haar toezicht in 2013 – net als het voorafgaande jaar – extra aandacht voor de tweedelijns curatieve Geestelijke Gezondheidszorg (cGGZ). Samengevat onderzochten we de mogelijkheden voor schadelijk gedrag, adviseren we over aanscherping van de regelgeving en spreken we – waar dat nu al mogelijk is – zorgaanbieders en verzekeraars aan. De brief van 2 december 2013 bevat de eindrapportage van het onderzoek.

Daarnaast werken we aan een rapport over de gemandateerde indicatiestelling in de AWBZ. In oktober 2013 publiceerde het CIZ een onderzoek waaruit bleek dat 23% van de onderzochte gemandateerde instellingen een hogere indicatie stelde dan het CIZ zelf zou hebben gedaan. We gaan als vervolg hierop uitrekenen welk bedrag hiermee is gemoeid.

Bovendien hebben we momenteel vier grote en vele kleinere onderzoeken lopen naar zorgaanbieders. Lopende het onderzoek kunnen we hierover geen uitspraken doen. Eerdere onderzoeken hebben geleid tot aanwijzingen, last onder dwangsom en boetes. In 2012 hebben we een boete gegeven aan BePerfect Clinics BV[3] en Eurosmile BV[4]. In 2011 gaven we een boete aan Stichting De Ommelander Ziekenhuis Groep.[5] In 2012 hebben we omvangrijke lasten onder dwangsom opgelegd aan Anatole, een aanbieder van thuiszorg, wegen het ontbreken van een controleerbare administratie.

De NZa bekijkt in overleg met het OM en de FIOD welke partij een vermoeden van fraude verder oppakt. De FIOD heeft in juni 2013 per brief laten weten dat zij in 2013 23 zaken in behandeling had genomen.[6] Hiervan bevonden er zich in juni 7 in de eindfase, 13 in de onderzoeksfase en 3 waren er niet meer in behandeling vanwege bijvoorbeeld doorverwijzing.

Voor het bestrijden van PGB fraude is in 2013 bij de Inspectie SZW een speciaal team in het leven geroepen voor 2 jaar. Dit team zal in die periode in totaal 12 onderzoeken doen naar fraude met PGB’s.

Ook het ministerie van VWS onderneemt verschillende acties op dit onderwerp. De minister heeft de kamer hierover geïnformeerd op 16 september 2013.[7] In december 2013 informeert zij de kamer over de meest recente stand van zaken.

1.2 Scope

Voorafgaand aan het opstellen van een plan van aanpak hebben wij met verschillende partijen gesproken om deze opdracht nader in te kunnen vullen. Hieruit kwam onder andere naar voren dat fraude al snel als

[2] Rapport toezichtsonderzoek cGGZ, vervolg Europsyche. Kenmerk 65508-88940, publicatie eind december 2013 op www.nza.nl.
[3] http://www.nza.nl/104107/421471/Boetebesluit_BePerfect_Clinics_BV.pdf.
[4] http://www.nza.nl/104107/421471/Boetebesluit_Eurosmile.pdf.
[5]http://www.nza.nl/104107/421471/Boetebesluit_Stichting_De_Ommelander_Ziekenhuis_Groep.pdf.
[6] Fraudebestrijding in de zorg, Brief van de minister van veiligheid en justitie, 12 juni 2013, 28828, nr. 48.
[7] Eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg, 16 september 2013, Kenmerk 150743-110124-Z.

verzamelnaam wordt gebruikt voor verschillende verschijnselen zoals foutieve declaraties, ongepast gebruik of praktijkvariatie. Het betreft hier in de meeste gevallen helemaal geen fraude aangezien bij fraude opzet bewezen dient te worden.

Het is voor ons niet mogelijk om een signaal of onregelmatigheid in een factuur direct te bestempelen als één van de bovenstaande verschijnselen. Dit rapport gaat dan ook niet alleen over zorgfraude, maar ook over foutieve declaraties, ongepast gebruik en praktijkvariatie. Hiervoor is verder onderzoek nodig. In dit rapport is geen gedetailleerd onderzoek uitgevoerd op de risico's, signalen en onregelmatigheden die we vinden in de declaratiedata.

1.3 Leeswijzer

Na de managementsamenvatting en dit inleidende hoofdstuk begint dit rapport in hoofdstuk 2 met een korte opzet van de aanpak die wij hebben gekozen.

Dan volgt het inhoudelijke deel van het rapport. Daarin speelt hoofdstuk 3 een centrale rol. Hierin komen onder andere de volgende punten naar voren:

- Wat kunnen een aanbieder en een consument gezamenlijk doen op het gebied van fraude en wat kunnen de verzekeraar en de overheid hiertegen doen?
- Zijn de prikkels voor een verzekeraar om überhaupt fraude op te sporen wel groot genoeg en hoe kan de overheid deze verbeteren indien nodig?
- Welke meer algemene belemmeringen zijn er nu voor verzekeraars en wat kan de overheid daaraan doen?

In hoofdstuk 3 beschrijven wij de algemeen geldende risico's op fraude en doen wij algemene aanbevelingen. In hoofdstuk 4 en 5 bespreken we het functioneren de zorgverzekeraar en het zorgkantoor.

Vervolgens bespreken we in de daaropvolgende hoofdstukken de systeemanalyse van de 8 zorgmarkten. Per zorgmarkt bekijken we hoe de aanbieder of consument kan frauderen en welke mogelijkheden de zorgverzekeraar heeft om hier tegen op te treden.

In de bijlage is het rapport 'Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie en GGZ' van FDEC opgenomen. Hierin is geanalyseerd hoe vaak we op basis van declaratiedata de genoemde risico's ook daadwerkelijk voor zien komen en welk bedrag hiermee gemoeid is. Daarnaast staat hierin ook toegelicht op welke wijze we afwijkende aanbieders en patiënten hebben opgespoord.

2. Aanpak

2.1 Aanleiding

De aanpak van fraude in de zorg heeft grote prioriteit. Tijdens het Algemeen Overleg fraude in de zorg van 10 april 2013 heeft de Tweede Kamer aan de minister gevraagd om een onderzoek te doen naar de omvang van fraude in de zorg. In de brief van de staatssecretaris en de minister aan de Tweede Kamer over de aanpak van fraude in de zorg van 15 mei 2013 heeft de minister bevestigd aan dit verzoek te willen voldoen en heeft de NZa gevraagd dit onderzoek uit te voeren.

Het onderzoek heeft betrekking op de Zvw en de AWBZ. Het betreft voor de Zvw de tweedelijns- en eerstelijnszorg in de curatieve zorg, en het gaat om zowel somatische zorg als geestelijke gezondheidszorg. Voor de AWBZ gaat het om zorg in natura en het PGB. De minister heeft de NZa gevraagd om een duiding van de fraudegevoelige aspecten in de Zvw en de AWBZ en om onderzoek te doen naar de omvang van fraude in de zorg.

2.2 Opzet onderzoek

De opdracht die wij hebben gekregen is omvangrijk en de tijd die we er voor hebben beperkt. We hebben in onze opzet keuzes gemaakt. Die keuzes hebben wij in de brief over onze aanpak toegelicht.[8]

2.2.1 Fraudegevoelige aspecten in beide zorgstelsels

Om de fraudegevoelige aspecten in de zorgregelgeving te detecteren, hebben we een systeemanalyse uitgevoerd. Hierbij kijken we niet alleen naar (on)bewezen fraude. We kijken ook naar aspecten die te maken hebben met ongepast gebruik. Ongepast gebruik komt ook voort uit bepaalde prikkels en is daarom een aandachtsgebied met een mogelijk groot verbeterpotentieel. Daarnaast kijken we ook naar misbruik en oneigenlijk gebruik.

We kijken naar de huidige regels en de reeds bekende toekomstige aanpassingen. Regelgeving en bekostiging uit het verleden laten we buiten beschouwing. In deze systeemanalyse maken we onderscheid tussen de fraudegevoelige aspecten die voor het gehele stelsel gelden en de aspecten per zorgmarkt. In hoofdstuk 3 staat het totaalbeeld van deze analyse voor het hele stelsel. Vanaf hoofdstuk 6 bespreken we fraudegevoelige aspecten per zorgmarkt.

Bij de analyse per zorgmarkt hanteren we een ketenbenadering. Hierbij kijken we naar het proces van toegang tot toezicht:

- Onder toegang verstaan we de manier waarop een consument/verzekerde bij een zorgaanbieder terecht komt. Dit kan bijvoorbeeld via verplichte verwijzing, indicaties of machtigingen.
- Onder zorglevering wordt de behandeling van de zorgaanbieder bedoeld. De aanbieder levert de zorg aan de consument zoals richtlijnen, protocollen en standaarden voorschrijven.

[8] http://www.nza.nl/95826/885768/885775/Brief-NZa-aan-Minister-VWS-over-onderzoek-zorgfraude.pdf.

- Onder bekostiging verstaan wij de vergoeding voor de geleverde zorg na afloop van het zorgproces. Prikkels hieromtrent kunnen beïnvloed worden door financieringsafspraken, gericht op het vooraf of tussentijds beschikbaar stellen van middelen ter dekking van de kosten van zorg.
- Onder toezicht wordt de (onderlinge) controle op partijen in het speelveld bedoeld.

Voor de fraudegevoelige aspecten per zorgmarkt richten we ons op een achttal zorgmarkten:
- Geneeskundige GGZ
- Farmaceutische zorg
- Huisartsenzorg
- Mondzorg
- Medisch specialistische zorg
- Fysiotherapie
- Persoonsgebonden budget
- Zorg in natura

2.2.2 Raming van de omvang van de fraude in Zvw- en AWBZ-zorg

Voor de raming van de omvang van de fraude hebben wij gekozen voor een aanpak in drie delen, waarbij wij op een snelle manier veel informatie over fraude in de zorg konden vergaren. De raming zelf zal worden opgenomen in het eindrapport (juli 2014). In dit tussenrapport staat reeds een analyse voor een viertal zorgmarkten:
- Geneeskundige GGZ
- Farmaceutische zorg
- Huisartsenzorg
- Mondzorg

Er is, ondanks dat hier veel onderzoek naar gedaan is, nog geen goede schatting over wat nu de omvang van zorgfraude is. Men debatteert over de definities: wat verstaan we onder gepast gebruik, misbruik en oneigenlijk gebruik? Over fraude is men het wel eens: dit is een opzettelijke overtreding van regels die tot financieel voordeel leidt. Het blijkt vervolgens vaak echter lastig om opzet aan te tonen als het om fraude gaat. Voor de NZa is dit overigens minder relevant, want de NZa kijkt vooral naar of er onrechtmatig is gedeclareerd. Of dit nu opzettelijke fraude is of niet. Hier geldt voor de NZa ook een beperking: als wij willen aantonen dat er onrechtmatig is gedeclareerd voor een bepaald bedrag, moeten wij medische dossiers inzien. De behandeling moet immers worden vergeleken met de rekening. Zonder vermoeden van een misstand mogen wij dat niet doen.

Deze kanttekeningen kennende, hebben wij gekozen voor een opzet waarbij we op een andere manier veel informatie kunnen vergaren en een bandbreedteschatting van het fraudebedrag kunnen maken. Dit zonder in definitiediscussies te verzanden en zonder dat een tijdsintensieve zorgbrede steekproef, gevolgd door een diepgaande analyse en beoordeling van medische dossiers, noodzakelijk is. Een dergelijke diepgaande analyse mogen wij namelijk niet uitvoeren vanwege de privacy.

Allereerst hebben we verzekeraars gevraagd om de informatie die zij al hebben verzameld. Wij hebben bekeken welke (risico)analyses verzekeraars al hebben gemaakt en hebben met een aantal een gesprek gevoerd over de risico’s die zij zien rond zorgfraude.

Ten tweede hebben we zelf declaratiedata opgevraagd bij verzekeraars via Zorgverzekeraars Nederland. Vektis heeft deze data geleverd. Het analyseren van deze data is uitgevoerd door FDEC waarbij de medewerkers van Vektis hebben toegelicht hoe de data geïnterpreteerd moeten worden. De uiteindelijke interpretatie is de verantwoordelijkheid van de NZa.

Het analyseren van gegevens bestaat grotendeels uit het boven tafel krijgen van onregelmatigheden (ook wel anomalieën genoemd). Deze onregelmatigheden kunnen een signaal zijn voor onrechtmatigheden of fraude. Deze onregelmatigheden zijn echter niet op voorhand aan te merken als niet-correct en zeker ook niet als fraude. Een verdere uitleg hierover is te vinden in het rapport in de bijlage.

Voor het verkrijgen van ideeën in welke richting er gezocht zou moeten worden voor onregelmatigheden is er gesproken met verzekeraars en branchepartijen van zorgaanbieders. Daarnaast zijn er documenten geraadpleegd met eerdere gevallen van fraude, signalen zoals gemeld bij de NZa (maar ook bij andere instanties) en risicoanalyses van verzekeraars. Daarnaast zijn er sessies belegd met de betrokken dossiermedewerkers van de NZa, zowel vanuit regelgeving als toezicht. Bij deze bijeenkomsten was ook Vektis aanwezig.

In dit tussenrapport ligt de nadruk op de twee acties zoals genoemd. Het derde deel is het kijken naar dat wat andere organisaties doen of al hebben gedaan. Hiervan zijn enkele voorbeelden opgenomen in dit tussenrapport. Deze zullen nader worden aangevuld in het eindrapport.

2.3 Betrokken partijen

Bij het onderzoek hebben verschillende partijen via een gesprek of via feedback op conceptstukken hun inhoudelijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van het rapport. We benoemen hierbij expliciet dat partijen input hebben geleverd en dat wij hebben besloten op welke wijze we deze in het rapport hebben verwerkt. Dit betekent dat dit de conclusies en aanbevelingen van de NZa zijn. Dit zijn niet automatisch de conclusies en aanbevelingen van betrokken partijen.

Speciaal voor dit onderzoek hebben we een externe klankbord ingesteld bestaande uit de heer mr. A.W.H. Docters van Leeuwen, de heer prof. dr. P.G.M. van der Heijden en de heer prof. dr. mr. M. Pheijffer RA.

Tabel 2.1. Betrokken partijen

Onderdeel	**Partijen**
Gesprekken bij opstart van het onderzoek over de te volgen aanpak	VWS, DNB, Taskforce Integriteit Zorgsector, Interne Klankbord, CAK, CIZ en Externe klankbord.
Gesprekken over de fraudegevoelige aspecten met zorgverzekeraars	Menzis, Zorg & Zekerheid, CZ, DSW en De Friesland
Gesprekken over de fraudegevoelige aspecten per zorgmarkt	- GGZ (hoofdstuk 6): GGZ Nederland, NVvP, DBC Onderhoud - Farmacie (hoofdstuk 7): ASKA - Huisartsenzorg (hoofdstuk 8): LHV - Mondzorg (hoofdstuk 9): NMT, ANT, NVM - Medisch Specialistische zorg (hoofdstuk 10): OMS, NVZ, NFU, ZKN, SAN, LVG, FNT, RN, GRZ, Actiz, DBC Onderhoud

	- Fysiotherapie (hoofdstuk 11): KNGF - AWBZ (hoofdstuk 12 en 13): VGN, GGZ-Nederland, BTN, ZN, CVZ, CIZ
Informatie-uitvraag declaratiedata	ZN, Vektis
Analyse declaratiedata	FDEC, Vektis
Feedback op conceptversie(s) van het rapport	VWS, Externe klankbord, Vektis, Interne klankbord

Bron: NZa

3. Systeemanalyse: risico's en prikkels

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van het zorgsysteem en de risico's op fraude en de prikkels voor fraudecontrole vanuit achtereenvolgens het perspectief van aanbieders, consumenten, verzekeraars (dat wil zeggen de betaler: zorgverzekeraar of zorgkantoor) en de overheid. In de hierna volgende hoofdstukken gaan we nader in op de specifieke rollen van de diverse partijen.

3.2 Aanbieders

We besteden als eerste aandacht aan fraudescenario's waarin aanbieders een rol spelen. Zij zijn de partij die over de meeste informatie beschikt over wat de voor de patiënt optimale zorg is. Omdat zorg in grote mate afgestemd dient te worden op de individuele behoefte van een patiënt, beschikken aanbieders over veel handelingsvrijheid in de te volgen behandeling. Deze grote mate van gesteld vertrouwen kan echter ook misbruikt worden door onjuist te declareren.

3.2.1 Fraude door aanbieders

Sparrow benoemt in zijn boek een groot aantal fraudescenario's die we hieronder schematisch – en aan de Nederlandse situatie aangepast – weergeven.[9] We benoemen in totaal 12 fraudescenario's die we in 5 categorieën opdelen. Deze zijn ruwweg in volgorde van gewin voor de fraudeur ingedeeld. Bij spookzorg is het factureren van niet-geleverde zorg pure winst voor de frauderende partij. Bij ongepast gebruik is de zorg wel geleverd, maar was deze niet noodzakelijk. Dit leidt echter niet direct tot grote winst voor de frauderende partij. We benoemen in dit rapport niet de eenvoudig te detecteren fraudevormen als boven een maximumtarief declareren.

Tabel 3.1. Fraudesceanario's

Categorie	Patiënt	Behandeling	Declaratie
Spookzorg	niet gezien	niet geleverd	frauduleuze claim
	gezien	niet geleverd	frauduleuze claim
Onverzekerde zorg	gezien	onverzekerde zorg	frauduleuze claim
Declaratie-overtredingen	gezien	gepaste zorg	dubbele claim
	gezien	gepaste zorg	dubbele bekostiging
	gezien	gepaste zorg	opknippen
	gezien	gepaste zorg	upcoding
Fraude tegen of om de patiënt	bijbetaling	gepaste zorg	correct
	U-bocht	gepaste zorg	opknippen, dubbele bekostiging
	vergoeding	gepaste zorg	correct
Ongepast gebruik	gezien	overbehandeling	correct, maar

[9] Malcolm Sparrow, '*License to Steal: How Fraud Bleeds America's Health Care System*', Basics Books, 2000.

			onnodig hoog
	gezien	onderbehandeling	correct, maar onnodig laag

Bron: NZa

Het bovenstaande schema geeft voor elk van de scenario's aan of een patiënt gezien is, of de behandeling juist was, en of de declaratie in overeenstemming was met de geleverde zorg (bij te veel of te weinig geleverde zorg kan de declaratie dus wel formeel correct zijn, en toch ondoelmatig of onrechtmatig). Hieronder werken we elk van de scenario's verder uit, en geven we aanbevelingen om deze te voorkomen dan wel te detecteren. De aanbevelingen zijn gericht op zowel de overheid als de verzekeraar, al naar gelang het wetgevende of operationele aanbevelingen betreft. In hoofdstuk 6 t/m 13 gaan we nader in op fraude door aanbieders per zorgmarkt. In het rapport in de bijlage bekijken we op basis van declaratiegegevens in hoeverre de fraudescenario's in een viertal zorgmarkten voorkomen.

We gaan in deze paragraaf uit van een individuele frauderende aanbieder. In de internationale literatuur (Sparrow, 2000) en ook in de Nederlandse praktijk worden ook netwerken van frauderende aanbieders (soms met medeweten van consumenten) genoemd. Deze vormen van structurele en georganiseerde fraude (met mogelijke vertakkingen naar de georganiseerde misdaad) gaan veel verder en zijn veel lastiger te detecteren dan fraude van individuele aanbieders. We werken deze vormen van complexe fraude omwille van de ruimte hier niet verder uit, wetende dat dit thema wel bij bijvoorbeeld het Openbaar Ministerie actief belegd is.

3.2.2 Spookzorg

De eerste twee scenario's betreffen frauduleuze claims van niet-geleverde zorg, waarbij we onderscheid maken of er wel of geen patiënt is gezien.

- Het scenario van *spookzorg* met fictieve patiënten is minder waarschijnlijk omdat hier ook identiteitsfraude voor gepleegd moet worden. De identificatieplicht in bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg zou hiertegen op zijn minst een drempel moeten zijn, maar georganiseerde fraudeurs laten zich hier waarschijnlijk niet door afschrikken;
- Het scenario van *spookzorg* aan reguliere patiënten is echter lastig te detecteren als de fictieve behandeling correct wordt gedeclareerd, en als patiënten geen rekeningoverzicht krijgen van hun verzekeraar dan wel van hun vertegenwoordiger. Met name minder mondige cliënten met recht op PGB-zorg zijn een potentieel kwetsbaar slachtoffer van deze praktijken (dit wordt via een systeem van trekkingsrechten binnenkort gerepareerd). Merk op dat *spookzorg* een extreme vorm van onderbehandeling is als er wel degelijk een noodzaak tot zorg bestaat bij de patiënt.

Spookzorg is bijzonder lucratief voor een aanbieder omdat elke vorm van inkomsten pure winst is, met hooguit enige kosten voor het plegen van identiteitsfraude of het verbergen van zulke handelingen.

Aanbevelingen **Aan zorgverzekeraars:** Controleer streng op de identificatieplicht en verstuur rekeningoverzichten aan patiënten (zie nadere uitwerking bij paragraaf 3.3.1).

Aan zorgkantoren/SVB: Controleer streng op de feitelijk geleverde uren t.o.v. de geïndiceerde en gedeclareerde uren.

3.2.3 Onverzekerde zorg

Een potentieel veel voorkomend scenario is het onjuist en/of onrechtmatig declareren van onverzekerde zorg als verzekerde zorg. We merken hierbij op dat de declaratie als zodanig wel formeel correct kan zijn, maar dat de verzekeringsgrondslag onjuist is. Dit is bovendien een dubbele overtreding: zowel de declaratie van de aanbieder als de vergoeding ervan door de verzekeraar is verboden.

- Met name in de medisch-specialistische zorg, de mondzorg en de fysiotherapie zijn veel behandelingen alleen onder bepaalde omstandigheden (bijvoorbeeld op medische indicatie, tot een bepaalde leeftijd) verzekerd.
- Het valselijk verstrekken van een medische indicatie is vrijwel alleen via materiële controle te detecteren (waarbij vaak ook nog een patiënt gezien moet worden).
- Een veel genoemd argument is dat voor zorgverleners de drempel voor manipulatie van het medisch dossier hoger zal liggen dan voor foutief declaratiegedrag. Daarentegen is het vaak ook in het belang van de patiënt om de medische indicatie te krijgen, waardoor in twijfelgevallen er een makkelijk excuus voorhanden is. Het versturen van rekeningoverzichten aan patiënten is dan ook geen panacee tegen fraude met de medische indicatie.
- Het aangepaste DBC-systeem (DOT) is qua automatische declaratieregels een verbetering ten opzichte van het oude DBC-systeem, maar deze automatisering kan nog veel verder worden doorgevoerd. Dit laat echter onverlet dat een bepaalde zorgprestatie nog steeds zowel tot een verzekerd als een onverzekerd product kan afleiden. Een verdere verankering van een controleerbare registratie in het medische proces (bijvoorbeeld de voorstellen rondom het verplicht hanteren van ICD-10 diagnoses) is gewenst.
- Verdere normering rondom Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) kan daarbij gewenst zijn. Te denken valt aan certificering van de bij de declaratie gehanteerde ICT-systemen.

Het declareren van onverzekerde zorg als verzekerde zorg is het meest lucratief voor de consument, terwijl ook een aanbieder bij voldoende geprijsde zorg een kleine winst kan incasseren. Om goede relaties met aanbieder en consument te behouden, kunnen verzekeraars hierin ook een gedeeld belang in hebben, en deze fraude afwentelen op de overige verzekeraars en de belastingbetaler. Voorbeelden hiervan zijn spataderen en besnijdenissen zonder medische noodzaak (maar vanuit respectievelijk cosmetische en religieuze motieven toch door de patiënt gewenst). Voor de laatste categorie vindt vanaf 2014 een pakketwijziging plaats.

Ook bij PGB's en de GGZ zijn tal van voorbeelden bekend van gedeclareerde activiteiten waarop men niet redelijkerwijs was aangewezen of die niet volgens de stand der wetenschap en praktijk zijn en daarom niet onder aanspraak vallen (homotherapie en afkicken in subtropische oorden).

Aanbeveling
Aan het CVZ: Definieer scherper verzekerde aanspraken en zorgstandaarden.
Aan VWS: Stem grenzen Zvw en Wmg scherper op elkaar af.
Aan de NZa: Leidt declaraties zoveel mogelijk automatisch rechtstreeks af uit een lijst van zorgactiviteiten dan wel uit de medische

basisregistratie; kom in de GGZ tot zorginhoudelijke prestaties en bekostiging in plaats van enkel een tijdregistratie als basis voor de declaratie.

3.2.4 Declaratie-overtredingen

Dit betreft een viertal scenario's waarin reguliere patiënten gepaste zorg ontvangen, maar waarbij er op diverse manieren onrechtmatig is gedeclareerd:

- Een *dubbele claim* komt neer op het tweemaal declareren van dezelfde activiteit bij dezelfde verzekeraar, bij verschillende verzekeraars, of bij verzekeraar en patiënt. Elke declaratie afzonderlijk is hierbij correct. Een verzekeraar kan een dubbele claim alleen door *datamining* op patiëntniveau detecteren. In het geval van declaratie aan verschillende verzekeraars kan het lastig zijn deze vorm van fraude te detecteren. Het *poolen* van data door verzekeraars voor dergelijk controledoeleinden kan daarbij soelaas bieden. In principe zouden dubbele claims door de meest basale controles al moeten worden opgemerkt (net als declaratie van prijzen die boven een maximumtarief uitgaan), maar bij overstappende patiënten in langdurige zorgtrajecten (DBC's met *add-on* geneesmiddelen bijvoorbeeld) zijn de declaratieregels dusdanig complex dat fraude niet kan worden uitgesloten.
- Bij het voorgaande merken we op dat de declaratieregels ook nog bijzonder ingewikkeld kunnen zijn. Bijvoorbeeld: een patiënt die is verzekerd bij verzekeraar A ondergaat een DBC. Hij krijgt daarnaast ook nog een *add-on* geneesmiddel voorgeschreven. In het geval de patiënt overstapt naar verzekeraar B dan komt de DBC voor rekening van verzekeraar A en de add-on voor rekening van verzekeraar B.
- Het profiteren van *dubbele bekostigin*g is vooral een risico bij aanbieders die zowel een vaste (bijvoorbeeld beschikbaarheids-) als een variabele component hebben (bijvoorbeeld ziekenhuizen en huisartsen). Hierbij kunnen aanbieders activiteiten die al betaald zijn via een vaste (dat wil zeggen niet-patiënt-gebonden) vergoeding daar bovenop nog als een variabele prestatie (dat wil zeggen aan een patiënt toe te wijzen) declareren. Dit is niet in alle gevallen tegen de regels.
- Het *opknippen* (ook wel *ontbundelen*) van zorgactiviteiten die integraal gedeclareerd horen te worden in afzonderlijk declareerbare prestaties is vooral een risico bij integrale bekostiging (DBC's in de medisch-specialistische zorg, ketenzorg in de eerstelijn, ZZP's in de AWBZ) waarin een bundel van activiteiten als één declarabele prestatie geldt. Als hierbij ook een deelbundel van activiteiten apart declarabel is, ontstaat er ruimte voor het apart declareren hiervan (vergelijkbaar met dubbele bekostiging). Met formele controles waarbij men elkaar uitsluitende combinaties van prestaties toetst aan een matrix, valt het opknippen van zorgactiviteiten in principe te controleren (dit is ook van toepassing op controles tegen dubbele bekostiging).
- Het begrip *upcoding* betreft het foutief of valselijk registreren van een zorgactiviteit als een nauw verwante maar duurdere (en dus voor een aanbieder lucratievere) zorgactiviteit (maar zonder die activiteit ook daadwerkelijk uit te voeren). *Upcoding* is daarmee een beperkte vorm van spookzorg. Net als bij het onterecht medisch indiceren van onverzekerde zorg, geldt hierbij dat als ook de medische registratie ervoor wordt aangepast, *upcoding* bij materiële controle dient te worden gedetecteerd (door werkinstructies vanuit het management op te sporen, of door signalen van patiënten of klokkenluiders). Behalve bij zorg met gecompliceerde prestaties (medisch-specialistische zorg, mondzorg) kan *upcoding* ook voorkomen in gevallen waarin

diagnosestelling en behandeling bij dezelfde partij liggen (bijvoorbeeld in vrijwel de gehele Zvw en in de AWBZ als de indicatiestelling is gemandateerd aan zorgaanbieders).

Van de verschillende declaratie-overtredingen zijn dubbele claims en dubbele bekostiging het meest lucratief, gevolgd door opknippen en *upcoden* van prestaties.

De bovengenoemde declaratieovertredingen kunnen door vereenvoudiging en automatische afleiding uit de basisregistratie deels gemitigeerd worden. Een heel andere aanpak is het vergaand liberaliseren van de prestatieregelgeving waarbij aanbieders en verzekeraars niet langer verplicht zijn om via een door de NZa vastgestelde lijst van prestaties te declareren. In de mondzorg, de farmacie en de huisartsenzorg bestaan bijvoorbeeld al zulke vrije of facultatieve prestaties. Deze geven partijen veel contracteervrijheid, maar deze vrijheid kan ook fraude in de hand werken. Een goede onderliggende basisregistratie is ook hier een belangrijke voorwaarde om achteraf materiële controle te kunnen uitoefenen.

Aanbevelingen
Aan de NZa: Sta toe dat verzekeraars hun declaratiedata beter kunnen *poolen* tegen dubbele declaraties. Voorkom ongewenste belangenverstrengeling tussen indicatiesteller en behandelaar. Verduidelijk de complexe declaratieregels, met name in de medisch specialistische zorg. Bemoeilijk daarbij *upcoding* via de automatische afleidingsgrouper van zorgactiviteiten naar productdeclaraties. Bijvoorbeeld door het voorschrijven van eenmalige vastlegging aan de bron (door de behandelend specialist) voor meervoudig gebruik.
Aan verzekeraars: Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door *datamining*) uit tegen dubbele bekostiging en opknippen.

3.2.5 Fraude tegen of om de patiënt

We onderscheiden drie scenario's waarbij de kennisasymmetrie tussen aanbieder en patiënt wordt misbruikt. Alleen argwanende consumenten die hun verzekerde aanspraak erop na slaan zullen hier aan de bel trekken.

- Het onterecht laten *bijbetalen* van patiënten door zorgaanbieders (ook wel *balance billing* in de Engelstalige literatuur genoemd). Een voorbeeld hiervan is het laten betalen van toiletpapier door inwoners van een verzorgingstehuis (wat in de ZZP-tarieven zit verwerkt).
- Zogenaamde *U-bochtconstructies* waarbij via een combinatie van de eerder besproken declaratieovertredingen als *opknippen* en *dubbele bekostiging* meer wordt gedeclareerd dan toegestaan. Een concreet voorbeeld is het de patiënt aan laten schaffen van een spiraaltje (welke al in de DBC-tarieven is verwerkt) en die deze dan ook nog zelfstandig declareren bij de verzekeraar.
- Het betalen van een *verwijsvergoeding* (ook wel *kickback* of *referral fee* in de Engelstalige literatuur genoemd) van een aanbieder aan een verwijzer. Patiënten worden niet direct gedupeerd maar wel indirect omdat mogelijk niet de beste maar de hoogst biedende zorgverleners hen behandelen. Dit is in vrijwel alle OECD-landen verboden in de zorg. Dit kan voorkomen bij verwijzing van de eerste naar de tweedelijn (bijvoorbeeld: ziekenhuizen betalen een verwijsvergoeding aan huisartsen, of thuiszorgorganisaties betalen ziekenhuizen voor een doorverwijzing, zoals in een recent door de NZa aangepakte casus). Deze vorm van fraude is moeilijk rechtstreeks te detecteren zonder inzicht in het geldverkeer tussen aanbieders. *Datamining* biedt een manier om opvallende verwijspatronen op te sporen en nader te

onderzoeken. Deze gedragingen moeten overigens worden onderscheiden van legitieme onderlinge dienstverlening (bijvoorbeeld: laboratoriumdiagnostiek) waarbij geen verwijsrelatie op patiëntniveau bestaat.

Onterechte bijbetalingen en U-bochtconstructies zijn het meest lucratief, terwijl verwijsvergoedingen ten koste gaan van de winst die op de geleverde zorg wordt behaald. Alleen de laatste twee scenario's kunnen in beginsel door inspanningen van verzekeraars worden aangepakt omdat bij onterechte bijbetalingen er geen rekening naar de verzekeraar gaat.

Aanbevelingen aan verzekeraars
Geef voorlichting aan consumenten over wat is inbegrepen bij een behandeling (bijvoorbeeld gecombineerd met offerteplicht voorafgaande aan eigen betalingen boven een drempel); en voer analyses uit van opvallende verwijspatronen die kunnen wijzen op ongeoorloofde praktijken en onderneem daar actie op.

3.2.6 Ongepast gebruik

Ongepast gebruik betreft het verstrekken van te veel of te weinig zorg ten opzichte van wat medisch-inhoudelijk nodig is. We onderscheiden twee scenario's.

- *Overbehandeling* is het leveren van meer zorg dan strikt genomen nodig is voor het welzijn van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is *supplier-induced-demand* waarbij de zorgverlener misbruik maakt van de kennis-asymmetrie met de patiënt. Ook kan overbehandeling voorkomen bij mondige patiënten die extra diagnostiek eisen en zorgverleners die hierin meegaan. In dat geval lopen belangen van consument en aanbieder parallel en benadelen zij gezamenlijk de verzekeraar. Overbehandeling leidt tot formeel correcte declaraties (dat wil zeggen dat deze overeenkomen met de geleverde zorg) maar wel tot onnodig hoge kosten. Naast het financiële nadeel voor de verzekeraar, kan ook de patiënt worden benadeeld door het ondergaan van risicovolle onnodige behandelingen (dit ligt anders bij bijvoorbeeld fysiotherapie waarbij de patiënt vaak om zal vragen).
- *Onderbehandeling* is het omgekeerde scenario waarbij juist te weinig of anderszins niet toereikende zorg wordt verleend. Aanbieders hebben hiervoor een prikkel wanneer ze een volume-risico lopen vanuit hun contract of vorm van bekostiging. Met name vaste budgetten, omzetplafonds en contracteerruimtes met doorleverplicht kunnen leiden tot onderbehandeling. Onderbehandeling kan zich ook manifesteren als lange wachtlijsten (zoals in de curatieve GGZ). Net als bij overbehandeling correspondeert de declaratie met de geleverde behandeling. De benadeelde is hierbij in eerste instantie de patiënt, en niet de verzekeraar, tenzij de onderbehandeling later tot grotere vervolgschade leidt.

Vanwege de grote mate van handelingsvrijheid bij de behandeling van individuele gevallen, is zowel over- als onderbehandeling – behalve volkomen overbodige zorg en evidente onthoudingen van noodzakelijke zorg – op declaratieniveau slecht aan te tonen. Bovendien bestaat in de zorg een grote mate van ondoelmatige praktijkvariatie die niet ingegeven lijkt uit financiële motieven maar eerder uit gebrekkige kennisdiffusie van *best practices* en verschillen van inzicht in optimale behandelprotocollen. Benchmarking op aanbiedersniveau van behandelpatronen gegeven de patiëntsamenstelling biedt hiervoor meer soelaas.

Aanbeveling
Aan de [wetenschappelijke verenigingen van] de beroepsgroepen: Verduidelijk en handhaaf behandelprotocollen, -richtlijnen en -standaarden zodat praktijkvariatie rondom gepaste zorg sterk vermindert.
Aan verzekeraars: Maak praktijkvariatie tussen/binnen gecontracteerde zorgaanbod inzichtelijk zowel aan de aanbieders (spiegelinformatie) als aan consumenten (onderbouwing van selectieve contractering).

3.3 Consumenten

De consument is in veel fraudescenario's slachtoffer door te hoge eigen bijdragen of te veel of te weinig ontvangen zorg. Daarnaast kan de consument ook het initiatief nemen door zelf te frauderen tegen zowel de aanbieder als verzekeraar.

3.3.1 Rekeningoverzichten aan de consument

Een veel geopperd voorstel is om consumenten standaard een gespecificeerd rekeningoverzicht te geven (ook wel *explanation of medical benefits* in de Engelstalige literatuur genoemd). Consumenten zijn ook van mening dat zij hierin een rol hebben.[10] We maken hier onderscheid tussen natura- en restitutiepolissen. Bij de eerste verzekeringsvorm gaan alle declaraties rechtstreeks naar de verzekeraar, en bij restitutie alleen bij een betaalovereenkomst. Dit laatste kan ook voorkomen bij onverzekerde zorg (zoals in de mondzorg).

Sparrow (2000) noemt de volgende redenen waarom de baten van het napluizen van rekeningoverzichten door consumenten in de praktijk niet overschat moet worden:

- Van veel basiszorg (zeker waar geen eigen risico in het geding is) ziet de consument nooit een rekening omdat deze rechtstreeks door de aanbieder bij de verzekeraar wordt ingediend. Alleen bij onverzekerde of aanvullend verzekerde zorg (zoals in de mondzorg) krijgt (en betaalt) de consument zelf (een deel van) de rekening.
- Consumenten hebben geen prikkel om een rekeningoverzicht te controleren omdat ze (zeker bij dure zorg) zelf niks betalen.
- Veel consumenten zijn niet in staat om een opsomming van zorgactiviteiten in medisch jargon en coderingen te begrijpen (nog los van de weerstand om herinnerd te worden aan een onaangename episode).
- In de Verenigde Staten zijn voorbeelden bekend van frauduleuze aanbieders die consumenten financieel beloonden voor het retour zenden van *ongeopende* enveloppen met rekeningoverzichten.

Aan al deze constateringen valt echter wel een mouw te passen:

- Verzekeraars kunnen verplicht worden om hun verzekerden tijdig inhoudelijk gespecificeerde rekeningoverzichten te sturen, zeker waar het eigen risico in het geding is (momenteel zijn meldingen van inhouding op het eigen risico nogal bondig). Verzekerden zouden ook vooraf meer bij de controle kunnen worden betrokken door in de behandelkamer te tekenen voor wat zij aan zorg hebben gekregen (dit moet worden afgewogen tegen de bijkomende administratieve lasten).
- Consumenten kunnen altijd een klein eigen risico opgelegd krijgen. Dit zou door of een *eigen voorschot* of een alternatieve vormgeving van het *eigen risico* kunnen gebeuren: in plaats van een vast maximum van 350 euro, zou het eigen risico ook 10% van elke zorgdeclaratie

[10] Gezondheidsmonitor 2013: http://www.newcom.nl/gezondheidszorgmonitor2013.

tot gesommeerd 3.500 euro kunnen zijn. Hierdoor heeft een consument over veel meer zorgtrajecten een prikkel tot controle van rekenoverzichten zonder dat het maximale eigen risico verandert. Om dit macroneutraal in te voeren is waarschijnlijk een combinatie van een nominaal eigen risico aan de voet en het genoemde procentueel eigen risico aan de marge nodig.
- De rekeningoverzichten zouden begrijpelijk voor consumenten moeten zijn, vergelijkbaar met de eisen die aan prospectussen van financiële producten worden gesteld; ook moet worden uitgelegd dat DBC's en ZZP's vergoedingen voor een gemiddelde en niet noodzakelijk de eigen behandeling betreffen.
- Verzekeraars zouden rekeningoverzichten via een digitaal klantenportaal, per email, of in normale enveloppen dienen te versturen zodat ze niet zijn te onderscheiden van reguliere correspondentie. Ook het belonen van consumenten voor controle is een optie (bijvoorbeeld een paar euro per gecontroleerde rekening).

Aanbeveling
Aan verzekeraars: Stuur tijdig van alle zorg (en in ieder geval van alle zorg met een eigen risico) een in heldere taal gespecificeerd rekeningoverzicht aan consumenten.
Aan de NZa: Verplicht verzekeraars zo nodig tot bovenstaande aanbeveling.
Aan VWS: Geef consumenten bovendien een prikkel om deze te controleren, bijvoorbeeld door een klein – maar verplicht – eigen voorschot/bijdrage; structureer de vormgeving van het eigen risico zo dat consumenten over veel meer zorgtrajecten een prikkel tot controle krijgen (bijvoorbeeld door 10% van de eerste € 3.500 als eigen risico te nemen, al dan niet in combinatie met het huidige eigen risico aan de voet).
Aan VWS: Onderzoek de mogelijkheden van het betrekken van verzekerden bij controle van de geleverde zorg in de behandelkamer (controle zo vroeg mogelijk in de keten).

3.3.2 Overtredingen en fraude door consumenten

Er zijn ook verschillende fraudemogelijkheden voor consumenten. Dit kan zich uiten in het niet betalen van verzekeringspremies, het ontvangen van niet-verzekerde zorg als verzekerde zorg of het niet betalen voor zorg. We noemen hieronder enkele voorbeelden.

In de eerste plaats kunnen consumenten bewust de verzekeringsplicht voor de Zvw en ABWZ ontlopen. Voor de Zvw betekent dit dat zij in elk geval wanbetaler worden voor de nominale premie. Om daarnaast ook de inkomensafhankelijke premie niet te betalen dienen consumenten ook nog belastingfraude te plegen, waarmee ze *en passant* ook wanbetaler voor de AWBZ kunnen worden.

Het aantal wanbetalers van de nominale Zvw-premie loopt in de honderdduizenden en neemt sinds de financiële crisis toe. Verzekeraars lopen alleen over de eerste zes maanden van wanbetaling een financieel risico. In deze periode moet de zorgverzekeraar zelf een actief incassobeleid voeren. Daarna probeert het CVZ de premies – verhoogd met een boete – via loonbeslag te innen. Als consumenten ook dit proberen te ontwijken, plegen ze veelal ook belastingfraude. Dit kan met name voorkomen bij personen die zich niet inschrijven bij de gemeentelijke basisadministratie en waarbij de werkgever ook betrokken is bij belastingfraude.

Ten tweede kunnen consumenten wanbetaler zijn bij zorgaanbieders. Dit *dubieuze debiteuren* probleem komt met name voor bij zorg die met spoed wordt verleend zonder de verzekerde status van patiënten te controleren. Met name bij illegaal verblijvende patiënten kan dan de rekening niet voldaan worden. Ook bij patiënten die op het moment van opname niet zijn verzekerd maar op het moment van declareren wel, kunnen verzekeraars de betreffende aanbieders niet vergoeden, waarmee de patiënt een dubieuze debiteur kan worden. De NZa had tot 2013 een beleidsregel voor gebudgetteerde instellingen die aanbieders deels compenseerde voor deze kosten mits zij voldoende controle hebben uitgeoefend binnen hun mogelijkheden. Met de overgang naar prestatiebekostiging is deze regel afgeschaft. Hierdoor beschikken aanbieders over een eigen prikkel om dit ondernemingsrisico te beperken.

Ten derde is in de paragraaf over fraude door aanbieders al besproken dat er een sterke prikkel is voor consumenten om hun aanbieder te overtuigen een medische indicatie af te geven van onverzekerde zorg. Bijvoorbeeld mondzorg laten declareren op naam van een minderjarig kind zodat het ten laste van Zvw komt, PGB geld niet aan zorg besteden, of door verkeerde informatieverschaffing een hogere indicatie AWBZ/PGB verkrijgen. Een consument kan hierbij met behulp van de aanbieder frauderen, zoals in het voorbeeld van de mondzorg, of buiten medeweten van de aanbieder om, zoals bij het veinzen van een hogere zorgvraag.

Aanbeveling aan het CVZ
Geef meer prikkels aan verzekeraars voor controle op wanbetaling.

3.4 Verzekeraars

Verzekeraars zijn het slachtoffer van declaratiefraude. Daarom is het van belang te kijken welke prikkels zij hebben om aan declaratiecontrole te doen, en in hoeverre zij dit in de praktijk organiseren, dan wel de belemmeringen die dit in de weg staan. Daarnaast kunnen verzekeraars ook zelf het initiatief nemen tot fraude tegenover consumenten of aanbieders. In deze paragraaf duiden we met het begrip 'verzekeraar' zowel de Zvw-zorgverzekeraar als het AWBZ-zorgkantoor aan. Alleen op plaatsen waar het onderscheid niet uit de context duidelijk is, wordt dit nader gespecificeerd. In hoofdstuk 4 en 5 gaan we nader in op het functioneren van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor.

3.4.1 Prikkels vanuit de Zvw-risicoverevening

De belangrijkste drijfveer voor fraudecontrole door Zvw-zorgverzekeraars is de financiële prikkel die zij ondervinden om dit verlies te beperken. Fraude tegen zorgverzekeraars is namelijk in de eerste plaats een financiële verliespost voor hen.

Het risicovereveningsysteem bepaalt in belangrijke mate de prikkels voor verzekeraars in de Zvw. Ex-ante (dat wil zeggen voorafgaand aan het schadejaar) is het risicovereveningsysteem bedoeld om voorspelbare verschillen in schadelast te verevenen die het gevolg zijn van niet-beïnvloedbare gezondheidsverschillen in verzekerdenpopulaties. Hiermee wordt de prikkel tot risicoselectie op verzekerdenkenmerken door verzekeraars zoveel mogelijk beperkt en wordt de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie ook economisch rendabel voor verzekeraars.

Van oudsher zijn imperfecties in het ex-ante systeem via een systeem van ex-post compensatiemechanismen beperkt. De ex-post verevening streepte een belangrijk deel van de winsten en verliezen van verzekeraars tegen elkaar weg. Behalve tot een zwakkere prikkel voor risicoselectie, betekende dit ook een minder sterke prikkel voor doelmatige zorginkoop in het algemeen en fraudecontrole in het bijzonder.

Vanaf 2012 zijn de ex-post compensatiemechanismen grotendeels afgebouwd. Verzekeraars ondervinden daarom momenteel voor de meeste zorg in de Zvw een vrijwel maximale prikkel tot doelmatige zorginkoop en fraudecontrole. Uitzonderingen daarop zijn de vaste ziekenhuiskosten en de jeugd-GGZ. Afbouw van ex-post compensatiemechanismen wordt in de praktijk afgewogen tegen imperfecties in het ex-ante vereveningsmodel die tot risicoselectie kunnen leiden.

Aanbeveling aan VWS
Bouw de resterende ex-post compensatiemechanismen zo snel mogelijk af.

3.4.2 Verrekening van fraude in de Zvw-risicoverevening

De Zvw-risicoverevening is een dynamisch systeem waarin de gemiddelde schadelast per verzekerde in schadejaar *[t]* wordt meegewogen voor de normuitkering uit het zorgverzekeringsfonds voor schadejaar *[t+3]*. Deze normuitkeringen worden daarnaast opgehoogd om tot eenzelfde macrobedrag te komen als de macroramingen voor het BKZ voor *[t+3]* aangeven.

De NZa en het CVZ hanteren de regel dat aangetoonde fraude in jaar *[t]* niet mag worden ingebracht voor de bepaling van de nieuwe normuitkeringen in jaar *[t+3],* zelfs als deze niet teruggevorderd kon worden . Daarnaast wordt de hoogte van de normuitkering mede bepaald door de eigen schadelast. Een verzekeraar met X procent marktaandeel ziet daardoor zijn eigen normuitkering met X euro verlaagd voor elke euro inkoopvoordeel, c.q. teruggevorderde fraude. Dit komt neer op een 'heffing' van X procent op de teruggevorderde fraude.

De combinatie van het niet mogen inbrengen van geconstateerde fraude en de 'heffing' naar rato van eigen marktaandeel, maakt het mogelijk dat verzekeraars onder bepaalde omstandigheden een prikkel kunnen hebben om gedetecteerde fraude niet terug te vorderen en te melden. In dat geval laten ze voor het betreffende schadejaar geld op tafel liggen (het gedetecteerde fraudebedrag maal het percentage wat ze daarvan hadden kunnen terugvorderen), maar in de toekomst ontlopen ze ook eenmalig de heffing naar rato van hun eigen marktaandeel. Als de slagingskans van terugvorderen lager ligt dan het eigen marktaandeel, is de verleiding groot om weliswaar aan fraudedetectie te doen (en om niet langer met de frauderende aanbieder te contracteren), maar er verder geen werk van te maken.

Een alternatieve vormgeving van de verrekening van fraude in de risicoverevening is om alleen de daadwerkelijke teruggevorderde bedragen niet mee te laten tellen. Feitelijk wordt dan alleen het netto betaalde bedrag aan zorginkoop meegewogen voor de verevening. Zorgfraude wordt hiermee qua prikkels gelijkwaardig behandeld met andere vormen van ondoelmatige zorginkoop. Hierdoor krijgen verzekeraars een verbeterde prikkel tot terugvordering. Gecombineerd

met de sinds 2012 al sterk verbeterde prikkel tot fraudedetectie, leidt dit tot hogere netto fraudeopbrengsten.

Ogenschijnlijk lijkt bovenstaand voorstel verzekeraars te belonen voor het niet terugvorderen van gedetecteerde fraude. Dit is echter niet het geval omdat elke verzekeraar een maximale prikkel heeft om zo lage mogelijke netto-inkoopkosten te hebben. Dit geeft een verzekeraar namelijk een gunstige concurrentiepositie op de verzekeringsmarkt. Op fraudecontrole effectieve verzekeraars krijgen dan ook een financieel voordeel ten opzichte van verzekeraars die hun fraudecontrole niet op orde hebben. Hierdoor ontstaat een prikkel voor alle verzekeraars om hun inspanningen te verbeteren.[11]

Bovenstaande voorstel leidt ook tot betere prikkels dan alternatieve voorstellen zoals het subsidiëren van fraude-inspanningen of het extra belonen van fraudeopbrengsten. In het eerste geval ontstaat een prikkel om nauw gerelateerde activiteiten administratief op te voeren als fraude-inspanning. In het tweede geval ontstaat een verminderde prikkel tot fraudepreventie en is het voordeliger om fraude eerst te laten ontstaan alvorens het te bestrijden. Verzekeraars kunnen bovendien altijd hun eigen fraudeafdeling van zulke prikkels voorzien, zonder daarbij op hun fraudepreventie te beknibbelen. Een tot een veelvoud van het fraudebedrag verhoogde boete (zie paragraaf 3.5.4) gaat daarentegen niet ten koste van fraudepreventie door verzekeraars.

Aanbeveling aan de NZa en het CVZ
Verreken niet langer de gedetecteerde maar alleen de feitelijk teruggevorderde fraudebedragen binnen de risicoverevening van daaropvolgende schadejaren.

3.4.3 Geen risicodragende uitvoering in de AWBZ/Wlz

In tegenstelling tot de Zvw-verzekeraars, lopen de zorgkantoren als de huidige uitvoerders van de AWBZ geen enkel financieel risico over hun zorginkoopkosten. Maar zij lopen wel een financieel risico over hun beheerskosten waaruit zij hun fraudecontrole dienen te bekostigen. Ook na de aanstaande de herziening van de AWBZ naar de Wet Landurige Zorg (Wlz) is er totaal geen sprake van risicodragende uitvoerders. Dit leidt tot een perverse prikkel voor doelmatige zorginkoop in het algemeen en voor fraudecontrole in het bijzonder.

Aanbeveling aan VWS
Maak de uitvoerders van de AWBZ/Wlz zo veel mogelijk risicodragend.

3.4.4 Minimale controleproces

Sparrow (2000) schetst het volgende basale maar minimaal noodzakelijke controleproces voorafgaande aan betaling:
- Automatische *opschorting* van betaling bij opvallend dure individuele transacties.
- Monitoring van aanbieders op totale gedeclareerde omzet (met sectorspecifieke *drempelwaarden* voor nadere controle).
- Monitoring per betalingscyclus (dus maandelijks of per kwartaal) van aanbieders op opvallende *groeipercentages* in de gedeclareerde omzet.

[11] In de economische reguleringsliteratuur worden zulke voordelen aan efficiënte bedrijven ook wel *information rents* genoemd. Dit is een beproefd middel om tot een hogere macro-opbrengst aan doelmatigheidswinst in het algemeen en aan fraudeopbrengsten in het bijzonder te komen.

- *Steekproeven* voor materiële controle van individuele declaraties met daarbij daadwerkelijke verificatie (bijvoorbeeld door contact op te nemen met patiënten en/of aanbieders).
- *Datamining* naar opvallende patronen op aanbiedersniveau (zodat ook opvallende clusters van individueel niet opmerkelijke declaraties kunnen worden gevonden).

In het volgende hoofdstuk constateren we dat er verschillen zijn in het functioneren van verzekeraars en zorgkantoren en dat een aantal verzekeraars en zorgkantoren momenteel niet in afdoende mate aan bovenstaande standaard voldoen. Tevens blijkt uit het onderzoek naar onregelmatigheden in databestanden dat zorgverzekeraars steken laten vallen bij controle van declaraties.[12] De NZa beschikt over een groot aantal bestuursrechtelijke instrumenten om verzekeraars te disciplineren tot het uitvoeren van een adequate controle (aanwijzingen, *naming and shaming*, last onder dwangsom en boetes). Ook het publiek *ranken* van de uitvoering van fraudecontrole door verzekeraars behoort tot de mogelijkheden om verzekeraars aan te zetten tot grote inspanningen en resultaten. Tot op heden is de NZa hierin terughoudend opgetreden, maar zij zal dit in haar eerstvolgende publicaties wel gaan doen. Voor de zorgkantoren zijn deze mogelijkheden er deels nog niet.

De belangrijkste motivatie voor fraudecontrole –de financiële prikkel vanuit de risicoverevening– lijkt behoudens de verrekening met opgespoorde bedragen in elk geval voor Zvw-verzekeraars al behoorlijk sterk. De vraag is waarom fraudecontrole desondanks niet goed genoeg van de grond komt. Sparrow (2000) noemt daarvoor de volgende argumenten.

Ten eerste blijft veel zorgfraude onzichtbaar als er geen actieve opsporing plaatsvindt. Dit leidt tot een vicieuze cirkel waarin weinig inspanning wordt gepleegd en er dus ook geen fraude wordt geconstateerd. Dit geeft een *false sense of security* dat moeilijk is te doorbreken.

Ten tweede gaat actieve fraudecontrole in tegen aantal kernprocessen van een zorgverzekeraar. Zo komt de relatie met de zorgaanbieders onder druk doordat materiële controle het vertrouwen op de proef stelt. Ook kan uitvoerige controle van declaraties leiden tot een vertraging in de dienstverlening (uitkering) naar de consument. Zowel de inkoop- als de verkoopafdeling van een verzekeraar is daarom niet altijd een voorstander van meer fraudecontrole.

Ten derde vindt veel controle plaats nadat de zorg al is geleverd, of vaak als de betaling al heeft plaatsgevonden (door het systeem van bevoorschotting dat met name in de medisch-specialistische zorg van toepassing is). De controle zou veel meer aan de voorkant moeten zitten om daadwerkelijk effectief te kunnen zijn. Dit is ook hoe bijvoorbeeld credit card en PIN-transacties worden gecontroleerd. Hierbij worden in *real time* opvallende transacties (gegeven het klant- of kaartprofiel) opgeschort en wordt een winkelier eerst opgebeld om bijvoorbeeld nadere identificatie te vragen aan de klant. Het systeem van voorafgaande machtigingen dat sommige verzekeraars hanteren voor dure vormen van zorg is hier een ander voorbeeld van. Bestaande

[12] Bij dit onderzoek blijkt onder andere dat zorgverzekeraars tarieven vergoeden boven het maximum. Daarnaast lijkt er ook niet gecontroleerd te worden op opvallende combinaties van declaraties voor één patiënt of één aanbieder.

initiatieven en voorstellen rond registratie van de verwijzer en zorgactiviteiten op de factuur kunnen daartoe ook een aanzet zijn.

Ten vierde is bij veel verzekeraars de fraudeafdeling een kostenpost die wel mensen en middelen kosten, maar waarbij de opbrengsten neerslaan in de algemene middelen, zeker als het gaat om fraude die wordt voorkomen. Dit maakt het lastig om de kosteneffectiviteit van fraudecontrole inzichtelijke maken.

Aanbeveling
Aan verzekeraars: Schenk veel meer aandacht aan de interne organisatie van fraudecontrole en het programmeren van eenvoudige (tarief)controles, controleer veel meer voorafgaande aan de betaling en ook voorafgaande aan de zorgverlening.
Aan de NZa: Treed harder op tegen verzekeraars die het controleproces onvoldoende inrichten dan wel uitvoeren, en benut de bestaande bestuurlijke sancties (aanwijzingen, *naming and shaming*, last onder dwangsom, boetes) hiervoor.
Aan VWS: Maak de NZa bevoegd tot het geven van aanwijzingen, lasten onder dwangsom en boetes rechtstreeks aan zorgkantoren.

3.4.5 Fraude door verzekeraars

Er is ook voldoende reden om fraude vanuit zorgverzekeraars en zorgkantoren serieus te nemen. Zij ontvangen premies (Zvw) en uitkeringen uit het zorgverzekeringsfonds (Zvw en AWBZ) voorafgaande aan eventuele schadelast. Dit maakt het risico op *take-the-money-and-run* scenario's reëel. In zulke scenario's gaat een malafide verzekeraar bij aanvang van het schadejaar (maar na het incasseren van de premies en normuitkeringen uit het verzekeringsfonds) failliet. Het toezicht van de AFM en De Nederlandsche Bank op de integere bedrijfsvoering en het solvabiliteitstoezicht op de vermogenspositie van verzekeraars zouden afdoende moeten zijn om dit extreme scenario te voorkomen.

Een andere scenario is een woekerpolis waarbij verzekeraars zich niet houden aan de polisvoorwaarden en declaraties van verzekerden niet of structureel te laat vergoeden. Ook kunnen ze hun zorgplicht ontduiken door te weinig zorg in te kopen. De NZa houdt signaaltoezicht hierop, en ontvangt tot op heden geen signalen dat verzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen.

Een veel geopperde suggestie is dat verticale integratie of samenwerking tussen verzekeraars en aanbieders kan leiden tot een afname in fraude door aanbieders. De reden is dat geïntegreerde aanbieders makkelijker te controleren zijn dan op *arm's length* gecontracteerde aanbieders. Ook rechtsbijstandsverzekeraars maken veelvuldig gebruik van in loondienst genomen juristen om hun verzekerden bij te staan bij geschillen.

Er ontstaat echter ook de mogelijkheid tot verticale dwang of samenspanning tussen verzekeraars en aanbieders waarin verzekeraars aan aanbieders opleggen dan wel met hen afspreken om consumenten zorg te onthouden. Ook mededingingsrechtelijke gevolgen van verticale samenwerking waarbij de verzekeraar en/of de aanbieder over aanmerkelijke marktmacht beschikt, dienen in ogenschouw genomen te worden.

Verticale samenwerking is dus zeker geen panacee, en dient ook niet als dominante marktstructuur van overheidswege opgelegd te worden. Niettemin is een *per se* verbod op verticale integratie tussen verzekeraars en aanbieders te restrictief en doorkruist dit op voorhand vruchtbare organisatievormen die potentieel beter zijn toegerust om de

groei van zorguitgaven in het algemeen, en fraude in het bijzonder, te beheersen.

Aanbeveling aan VWS
Maak verticale samenwerking tussen verzekeraars en aanbieders niet onmogelijk.

3.5 De overheid

Het ministerie van VWS is als wetgevend departement verantwoordelijk voor de spelregels op systeemniveau (met name de Wmg, Zvw, AWBZ, WTZi, Wet BIG, etc.) en het Budgettair Kader Zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakt en bewaakt de spelregels voor de wijze waarop aanbieders, verzekeraars en consumenten zich op de zorgmarkt begeven (zoals transparantie over prijs en product, de wijze van declareren, administratie, de voorwaarden in of de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg), en in voorkomende gevallen reguleert de NZa tarieven en prestatiebeschrijvingen.

Het CVZ adviseert over pakketbeheer en geeft duidingen over welke zorg onder de aanspraak valt, heeft diverse uitvoeringstaken op het gebied van AWBZ en Zvw. De IGZ stelt en handhaaft kwaliteitsnormen van zorgaanbieders. Daarnaast zien de AFM, de interne/externe accountants en de interne raad van toezicht nog toe op de integriteit en gedragingen van verzekeraars (en in het geval van accountants en intern toezicht, ook bij aanbieders).

Hieronder bespreken we een aantal vanuit de overheid opgelegde regels die adequate fraudecontrole deels in de weg staan. Per regel doen we een aanbeveling om de belemmering voor fraudecontrole weg te nemen, dan wel te verminderen.

De knelpunten en verbetermaatregelen die hieronder genoemd worden, komen voor een deel voort uit eerdere adviezen, rapporten, fraudetoetsen of soortgelijke signaleringen. Een aantal is nieuw. Van belang is daarbij te signaleren dat voor veel verbetermaatregelen aanpassing van wet- of regelgeving nodig is. Een aantal voorgestelde maatregelen gaat tamelijk ver. Deze aanbevelingen worden gemaakt vanuit een optiek van fraudebeheersing, zonder een afweging of de beperkingen die uit de voorstellen voortvloeien voor marktpartijen of consumenten, ook opwegen tegen andere belangen. Dit zijn afwegingen die de wet- en regelgever moet maken. Deze slag om de arm wordt in het vervolg niet bij elke aanbeveling herhaald.

3.5.1 Vergoeding voor niet-gecontracteerde Zvw-zorg

Een van de pijlers van het Zvw-zorgstelsel is de mogelijkheid tot selectieve contractering zodat verzekeraars om consumenten te kunnen sturen naar de meest doelmatige zorgaanbieders. Een belangrijk onderhandelingsmiddel voor verzekeraars om selectief gecontracteerde aanbieders tot prijskortingen over te halen, is de mogelijkheid om niet-gecontracteerde aanbieder helemaal niet of in elk geval substantieel minder te hoeven vergoeden dan gecontracteerde aanbieders.

Enkele recente uitspraken over Art. 13 Zvw verplichten verzekeraars in de betreffende gevallen voor niet-gecontracteerde zorg tenminste 75-80% van een marktconform of Wmg-tarief uit te keren. Dit maakt het

voor verzekeraars bijzonder lastig om bij vermoedens van fraude het betalingsverkeer op te schorten of stop te zetten. Hierdoor kunnen dubieuze aanbieders makkelijk de markt betreden, direct declareren en met de noorderzon vertrokken zijn voordat het eerste vermoeden van fraude bovenkomt. Verzekeraars kunnen het geld dan niet meer makkelijk terug krijgen.

Consumenten die graag ruime keuzevrijheid willen kan de verzekeraar nog altijd bedienen door breed te contracteren. Die mogelijkheid wordt niet weggenomen met een sterke beperking van de vergoeding/geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Bovendien valt bij een breed gedeelde consumentenvoorkeur voor breed in plaats van selectief gecontracteerde polissen te verwachten dat het gros van het aanbod gecontracteerd zal blijven. Wel geeft de mogelijkheid tot selectief contracteren verzekeraars een belangrijk drukmiddel in het onderhandelen (dit is te vergelijken met de *dreiging* tot overstappen van consumenten, zodat concurrentie op de verzekeringsmarkt ook zonder daadwerkelijk overstapgedrag in stand kan blijven).

Daarnaast is de drempel om markt te betreden nu wel erg laag (zoals een experiment van de Volkskrant begin 2013 liet zien). Vanuit concurrentieperspectief is dit positief, maar enige screening van een nieuwe aanbieder voordat deze wordt toegelaten of de verzekeraar nota's begint te vergoeden aan een aanbieder die hij nog niet kent, is op zijn plaats. Een verscherpte controle op de AGB- en BIG-registers is daarvoor nodig. Nu zijn deze registers niet altijd *up-to-date* en is er veel ruimte om onder verschillende AGB-codes (van praktijk, aanbieder of zorgverlener) te declareren. Hiervoor kan mogelijk worden aangesloten bij het Landelijk zorgregister.

Aanbeveling
Aan VWS: Maak het voor verzekeraars mogelijk om niet-gecontracteerde aanbieders niet te vergoeden.
Aan de IGZ: Verscherp controle op WTZi-toelatingen en BIG-registraties, bijvoorbeeld op de verwijdering van eerder veroordeelde/geschorste aanbieders uit deze registers.
Aan Vektis: Verscherp controle op de AGB-codes van aanbieders.

3.5.2 Verkorting declaratietermijnen voor consument/aanbieder

De lange doorlooptijd van met name de DBC's in de medisch specialistische zorg zorgt ervoor dat pas zeer laat een nauwkeurig beeld ontstaat over de ontwikkeling van de schadelast. De NZa is overigens bezig een onderzoek uit te voeren omtrent de doorlooptijden en declaratiebepalingen van DBC's. In de huidige AWBZ zijn de doorlooptijden weliswaar lang, maar worden ZZP's per dag gedeclareerd, of in een onderling af te spreken frequentie.

De lange doorlooptijden tussen zorgconsumptie en zorgbetaling zijn het gevolg van wettelijke termijnen van drie jaar waarbinnen verzekerden bij verzekeraars vorderingen kunnen indienen (zie kader hieronder).[13] De algemene verjaringstermijn (zoals dat bijvoorbeeld speelt in de

[13] Voor vorderingen van verzekeraars op verzekerden i.v.m. het eigen risico geldt een termijn tot ultimo van jaar [t+1] ten opzichte van schadejaar [t], tenzij de verzekerde zelf na die termijn nog een rekening ter vergoeding declareert. Dit lokt mogelijk wel een prikkel tot fraude vanuit de consument en aanbieder tegen de verzekeraar uit. Namelijk het uitstellen van de declaratie door de aanbieder tot primo [t+2] zodat de consument zijn eigen risico niet kwijt is. Aanbieder en consument kunnen dit verschil dan verdelen (bijvoorbeeld vastgelegd in een akte van cessie).

zorginkooprelatie) bedraagt vijf jaar, waarbij een verkorting tot minder dan een jaar als onredelijk bezwarend wordt aangemerkt door de wet.

Verjaring vordering van verzekerde jegens de verzekeraar
In BW 7:942, lid 2, is geregeld dat een rechtsvordering tegen een verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Artikel 7:943, lid 2, bepaalt dat van artikel 7:942 niet ten nadele van de verzekeringnemer kan worden afgeweken. Deze bepaling is van dwingendrechtelijke aard. Over de gevolgen stelt 3:40, lid 2, dat strijd met een dwingende wetsbepaling leidt tot nietigheid van de rechtshandeling, zij het, dat als de bepaling uitsluitend strekt ter bescherming van één der partijen bij een meerzijdige rechtshandeling, slechts tot vernietigbaarheid, een en ander voor zover niet uit de strekking van de bepaling anders voortvloeit.

Verjaring vordering zorgaanbieder – verzekeraar en vice versa
De algemene verjaringstermijn is geregeld in artikel 3:307 BW (titel 11, rechtsvorderingen). Lid 1 van dit artikel luidt: Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden.
Deze bepaling is niet dwingendrechtelijk van aard. Hierover heeft de AG van de HR gesteld: “Naar Nederlands recht kan, voor zover de wet niet anders bepaalt, een verjaringstermijn bij de overeenkomst waaruit de vordering voortvloeit worden bekort. Vgl. Asser/Hartkamp-Sieburgh, Verbintenissenrecht II (2009), nr. 422; Parl. Gesch. Inv. Boek 3, blz. 1415. Ten aanzien van vorderingen waar het in deze zaak om gaat (met name de vordering tot betaling van provisie), kent de wet geen afwijkende bepaling. Het oordeel van het hof dat art. 3:307 BW niet van dwingend recht is, en dus ook niet kan worden aangemerkt als een dwingende bepaling in de zin van art. 6 lid 1 (en/of art. 7) EVO, is derhalve juist. Het onderdeel faalt.” (LJN:BL7044) Oftewel: in een overeenkomst kunnen zorgaanbieder en verzekeraar een andere verjaringstermijn overeenkomen. Let wel, 6:236 (zgn. ‘zwarte lijst’) bepaalt dat een bepaling inhoudende dat een wettelijke verjarings- of vervaltermijn, waarbinnen de wederpartij enig recht moet geldend maken, tot een verjarings- onderscheidenlijk vervaltermijn van minder dan een jaar wordt verkort, onredelijk bezwarend is.

Een eventuele fraude valt echter drie jaar na dato zeer lastig aan te tonen, omdat de herinnering aan de concrete omstandigheden rondom de zorgverlening al vervaagd zijn. Wel merken we hierbij op dat het verkorten van doorlooptijden mogelijk het scenario van *opknippen* in de hand werkt.

De lange termijnen in het burgerlijk wetboek lijken vooral ingegeven door de soms lange tijd die kan zitten tussen een ongeval of onrechtmatige daad en de realisering van schade. Ook is het consumenten soms niet duidelijk dat zij aanspraak maken op een verzekering via een overkoepelende instantie (werkgever, school, sportbond). Niettemin is er in de zorg geen dringende reden om consumenten en aanbieders 3 jaar de tijd te geven een declaratie in te dienen.

Aanbeveling aan VWS
Verkort (tot bijvoorbeeld 30 of 90 dagen) de termijn waarop een consument en aanbieder een *afgesloten* zorgtraject voor vergoeding

moeten indienen bij de verzekeraar. Maak het daarnaast mogelijk voor verzekeraars om bij declaraties na afloop van die verkorte termijn er onregelmatigheden in de declaratie in mindering te brengen op de vergoeding aan de aanbieder/consument.

3.5.3 Inzage medische dossiers door verzekeraars

Het is verzekeraars op grond van de regelgeving (ingegeven door privacy-overwegingen) niet toegestaan om zonder signaal van onjuist declareren een materiële controle uit te voeren door inzage in het medische dossier. Dit verhindert een van de meest effectieve controlemechanismen: het steekproefsgewijs controleren van willekeurige declaraties. Wel kan een verzekeraar momenteel al enquêtes uitzetten onder verzekerden maar het is sterk de vraag of dit net zo effectief is als selectieve dossierinzage (door bijvoorbeeld non-response).

Uiteraard is de privacy van de consument en de bescherming van het medisch beroepsgeheim een groot goed. Toch zijn verzekeraars nu uiterst beperkt in hun ruimte om steekproefcontroles uit te oefenen. Dit kan verruimd worden, bijvoorbeeld uitgevoerd door een speciaal team van een (forensische) accountant en een medisch adviseur met geheimhoudingsplicht (‘*Chinese walls*’) tegenover hun organisatie, een strikt proportioneel aantal dossiers te lichten, dit in een controleplan te borgen, en de verplichting om de kopie van het medisch dossier te vernietigen als bij de steekproefcontrole geen concrete onregelmatigheid is geconstateerd. Pas bij een concrete verdenking kan dit dossier dan het reguliere fraudecontroleproces in, met inachtneming van proportionele waarborgen rondom privacy en medisch beroepsgeheim.

Aanbeveling aan VWS
Verruim de mogelijk tot steekproefcontroles van willekeurige declaraties.

4. Uitvoering door zorgverzekeraar

In het vorige hoofdstuk is een aantal aanbevelingen gedaan aan de zorgverzekeraar. In dit hoofdstuk lichten wij toe hoe zorgverzekeraars invulling geven aan schadelastbeheersing. Dit hoofdstuk gaat in op (selectieve) zorginkoop, het uitvoeren van formele- en materiële controles, fraudebeheersing om oneigenlijk gebruik en misbruik van zorggeld te voorkomen en controles op gepast gebruik.

De bevindingen in dit hoofdstuk zijn met name gebaseerd op het uitvoeringsonderzoek 2011[14]. Het is op dit moment te vroeg om een recentere stand van zaken weer te geven vanwege het lopende onderzoek over 2012. Hierover rapporteert de NZa in het voorjaar van 2014.

Uit het uitvoeringsonderzoek blijkt dat er aanzienlijke verschillen zitten in de wijze waarop verzekeraars controleren. Alleen al wanneer iedere verzekeraar zich op zou trekken aan de *best practice,* dan zou dat leiden tot een enorme verbetering ten opzichte van de huidige situatie.

4.1 (Selectieve) zorginkoop

Zorgverzekeraars bundelen de zorginkoop voor de zorgvraag van hun eigen consumenten. Zij kunnen meer of minder volume inkopen (binnen de grenzen die de zorgplicht oplegt) en/of meer kwaliteit. Zorgverzekeraars kunnen bij inkoop selectief te werk gaan: zij kunnen ervoor kiezen om zorgaanbieders wel, niet of deels te contracteren. Hierdoor oefenen zij druk uit op de aanbieders om de kosten beheersbaar te maken en om meer kwaliteit te leveren.

Voor zorgverzekeraars is risicodragendheid een belangrijke prikkel om doelmatige, goede, betaalbare zorg in te kopen. Wanneer er sprake is van volledige risicodragendheid kunnen de zorgverzekeraars de met inkoopmacht behaalde voordelen doorgeven aan de verzekerden. Als de voordelen deels worden afgeroomd, zullen zorgverzekeraars minder sterke prikkels ondervinden om inkoopmacht daadwerkelijk uit te voeren.

De afgelopen jaren is risicodragendheid over de gehele linie toegenomen door onder andere de afschaffing van de ex post risicoverevening. Het feit dat zorgverzekeraars steeds meer financieel risico lopen, biedt zorgverzekeraars steeds meer de mogelijkheid aan hun verzekerden te laten zien waar zij goed in zijn door selectief te contracteren. En met dit toenemend belang van selectieve inkoop, wordt inzicht in de stand van zaken van selectieve zorginkoop dus ook steeds belangrijker[15].

[14] Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011, Onderdeel vereveningsonderzoek Zvw en compensatieregeling eigen risico.
[15] In het voorjaar van 2014 verwacht de NZa een actueel beeld te kunnen schetsen als de uitkomsten van het lopende onderzoek naar zorginkoop door zorgverzekeraars openbaar worden gemaakt.

4.2 Formele controles

Zorgverzekeraars gebruiken formele controles om te toetsen of een declaratie voldoet aan de geldende voorwaarden/regelgeving. Voorbeelden van dergelijke controles zijn of het juiste bedrag is gedeclareerd, of de verzekerde voor betreffende zorg is verzekerd en of er is voldaan aan eventueel geldende wettelijke indicatievoorwaarden.

Kenmerkend voor formele controles is dat deze in overwegende mate op alle door de zorgverzekeraar ontvangen declaraties worden uitgevoerd. De controles vinden veelal geautomatiseerd plaats op twee momenten:
- Vooraf: direct bij ontvangst van de declaratie.
- Achteraf: op cumulatieve schadebestanden (schadehistorie).

De volledigheid van alle (geprogrammeerde) controlepunten, de continue werking ervan en de adequate afwikkelingen van bevindingen zijn belangrijke controledoelstellingen voor de zorgverzekeraar, de accountant en de NZa.

De NZa besteedt in haar vereveningsonderzoek over het jaar 2012 extra aandacht aan de controle op de declaratie van medisch specialistische zorg en de GGZ. Deze verstrekkingen vormen een verhoogd risico vanwege de recent gewijzigde regelgeving; overgang van DBC naar DOT, de bekostiging dure geneesmiddelen en aanscherping van de verwijzerregistratie). Een andere reden voor de extra aandacht is dat er sterke signalen en aanwijzingen zijn (vanuit CVZ en eigen onderzoek NZa) dat declaratie van en controle op de bevoegde behandelaar en het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorg in deze markten niet goed verloopt.

Uit eerdere vereveningsonderzoeken is naar voren gekomen dat sommige zorgverzekeraars moeite hebben met het aantonen welke formele controles zijn uitgevoerd. Ter vervanging daarvan worden dan soms steekproefsgewijs controles achteraf uitgevoerd. De controledoelstelling verschuift dan naar kwantitatieve onderbouwing van de steekproefomvang. Het risico van vervangende controles is echter dat deze niet tijdig, niet volledig en/of niet diepgaand genoeg plaatsvinden. Over 2010 en 2011 hebben respectievelijk zeven en vier zorgverzekeraars informatieverzoeken voor verbeterplannen van formele controles gehad naar aanleiding van bevindingen van de NZa over de aantoonbaarheid van uitgevoerde controles en/of de steekproefonderbouwing.

Gedurende 2012 zijn zorgverzekeraars met name binnen de medisch specialistische zorg geconfronteerd met forse achterstanden en onzekerheden in het DOT-declaratieproces (van zorgaanbieders) en als logisch gevolg daarvan achterstanden in de controle van DOT-declaraties. Zij zullen extra inspanningen moeten leveren om deze achterstanden in halen, die bovendien gepaard moeten gaan met de extra inspanningen rondom controle transitiemodel (DBC/DOT).

4.3 Materiële controles

De NZa heeft de afgelopen jaren in haar vereveningsonderzoeken extra aandacht besteed aan de uitvoering van materiële controles door zorgverzekeraars. Bij dit onderzoek toetst de NZa of de zorgverzekeraars voldoen aan de eisen die het Protocol vereveningsonderzoek Zvw stelt aan de uitvoering hiervan.

Materiële controles richten zich op twee aspecten:
- of de gedeclareerde prestatie feitelijk is geleverd;
- of de gedeclareerde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Hierbij kijkt de NZa naar de organisatie, opzet en uitvoering door zorgverzekeraars.

4.3.1 Organisatie

De manier waarop zorgverzekeraars de organisatie voor de uitvoering van de materiële controles inrichten verschilt. Vaak is daarbij sprake van een combinatie van formele en materiële controles. Een belangrijk aandachtspunt uit het onderzoek over 2011 is de capaciteit voor de uitvoering van deze controles. Deze is relatief laag ten opzichte van het totale capaciteit van de zorgverzekeraar en de omvang van de zorgkosten die afgedekt moeten worden. Er bestaat echter geen wettelijke norm voor de omvang.

4.3.2 Opzet

Zorgverzekeraars zijn verplicht een risicogeoriënteerd plan van aanpak op te stellen. Uit onderzoek van de NZa blijkt dat deze plannen voor verbetering vatbaar zijn. De wijze waarop deze ingestoken zijn, maakt het namelijk mogelijk dat zorgmarkten die verhoudingsgewijs kleiner zijn qua omvang van kosten in mindere mate aan bod kwamen. Verder constateert de NZa dat de voortgang bij de implementatie van instrumenten voor systematische analyse traag is.

4.3.3 Uitvoering

Wat betreft de tijdigheid van de uitvoering van de materiële controles bleek dat zorgverzekeraars wachten met de uitvoering hiervan totdat alle declaratiestromen van zorgaanbieders nagenoeg volledig zijn afgerond. Het gevolg is dat het moeilijk is om (indien) nodig nog maatregelen te treffen richting zorgaanbieders en/of uitkomsten te betrekken bij de zorginkoop.

4.4 Misbruik en oneigenlijk gebruik

Behalve extra aandacht aan de uitvoering van materiële controles, heeft de NZa de afgelopen jaren ook extra aandacht besteed aan de mate waarin zorgverzekeraars uitvoering hebben gegeven aan de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik.

Van misbruik is sprake bij bewust handelen of nalaten in strijd met wet- en regelgeving en/of opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens met als doel onterechte uitgaven voor zorg.

Bij oneigenlijk gebruik is sprake van handelen binnen de wet- en regelgeving, maar niet in lijn met de doelstellingen van die wet- en regelgeving. Dit staat beter bekend als handelen naar de ‘letter’ van de wet, maar niet naar de ‘geest’ van de wet.

Ook hier kijkt de NZa naar de organisatie, opzet en uitvoering door zorgverzekeraars.

4.4.1 Organisatie

De onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik zijn veelal belegd bij specifiek hiervoor opgerichte zelfstandige afdelingen onder leiding van een coördinator fraudebestrijding. De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars ingezet op verdere professionalisering van deze onderzoeken, zowel op organisatorisch als uitvoeringsgebied. Ondanks deze slag constateert de NZa dat de omvang van de afdelingen, die belast zijn met deze onderzoeken, te klein is[16].

Een ander aandachtspunt betreft de positie van de coördinator fraudebestrijding. Deze werd vaak pas laat in het proces betrokken en zou eerder ingezet kunnen worden bij het opzetten van de risicoanalyses en de evaluatie van de uitkomsten uit materiële controles.

4.4.2 Opzet

Voor de aanpak van controles maken zorgverzekeraars gebruik van risicoanalyses. Uit ons onderzoek blijkt dat zij daarbij specifieke frauderisico's niet altijd concreet opnemen en dat daarmee zorgfraude geen integraal onderdeel uitmaakt van de bedrijfsvoering.

4.4.3 Uitvoering

Zoals eerder aangegeven is nog onvoldoende gebruik gemaakt van risicoanalyses, waardoor zorgverzekeraars pas onderzoeken instellen ná ontvangst van signalen over misbruik en oneigenlijk gebruik. Hoewel zorgverzekeraars zich in toenemende mate oriënteren op de inzet van moderne controletechnieken (bijvoorbeeld datamining), zijn deze nog in onvoldoende mate uitgerold. Ook is het gebruik van spiegelinformatie[17] voor verbetering vatbaar.

Tenslotte constateert de NZa dat zorgverzekeraars in beperkte mate bij geconstateerd misbruik en oneigenlijk gebruik maatregelen hebben genomen die onder de zwaarste categorie vallen. Zo vindt in beperkte mate registratie in het Extern Verwijsregister plaats en is ook in beperkte mate aangifte gedaan bij de politie of het Openbaar Ministerie.

4.5 Gepast gebruik

Naast materiële controle en misbruik en oneigenlijk gebruik besteedt de NZa in het vereveningsonderzoek ook aandacht aan (on)gepast gebruik van zorg die ten laste van de Zvw wordt gefinancierd. Gepast gebruik bestaat uit drie onderdelen:

- Onderdeel 1. De zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (effectieve zorg)[18].
- Onderdeel 2. Een verzekerde heeft alleen aanspraak op verzekerde zorg, als hij daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs op is aangewezen (principes van stepped care)[19].

---

[16] De beperkte capaciteit zou een mogelijke verklaring kunnen vormen voor de door zorgverzekeraars relatief lage geconstateerde fraudebedragen red. € 6 miljoen (2012) en € 5 miljoen (2011). Deze cijfers zijn afkomstig uit de rapporten fraudebeheersingsbeleid van ZN.

[17] Het opstellen van 'best en worst practices' per diagnose(groep) op basis waarvan gericht detailonderzoek mogelijk is en waarmee een referentiekader voor (vervolg)controle (o.a. via bestandsanalyses) wordt opgebouwd.

[18] Zorg, die niet voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' is op grond van de Zvw geen verzekerde prestatie.

− Onderdeel 3. Tevens geldt er voor een aantal vormen van zorg indicatievoorwaarden[20].

4.5.1 Opzet

Zorgverzekeraars betrekken gepast gebruik in toenemende mate bij de zorginkoop. Echter de mate waarin de uitkomsten uit signalen, materiële en formele controles en onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk werden gebruikt bij de zorginkoop, was sterk voor verbetering vatbaar. Juist door het betrekken van genoemde uitkomsten, kunnen risico’s aan de voorkant worden gemitigeerd. Verder worden risico’s over gepast gebruik nog niet altijd even expliciet betrokken in de risicoanalyse.

4.5.2 Uitvoering

Ook hier geldt dat zorgverzekeraars moderne controletechnieken als spiegelinformatie en datamining nog verder moeten ontwikkelen. Ze zetten echter al wel diverse beheersmaatregelen in om gepast gebruik te borgen. Voorbeelden daarvan zijn machtigingsprocedures en het maximeren van het aantal behandelingen in polisvoorwaarden.

4.6 Conclusies

De NZa stelt in het onderzoek over de uitvoering van 2011 vast dat zorgverzekeraars in toenemende mate aandacht geven aan de beheersing van de betaalbaarheid van de zorg. Het tempo en de diepgang waarmee dit gebeurt, biedt echter nog (te) veel ruimte voor verbetering.

Naar aanleiding van de bevindingen uit het onderzoek over de uitvoering in 2011 heeft de NZa voor de onderwerpen formele en materiële controle, misbruik en oneigenlijk gebruik en gepast gebruik informatieverzoeken verzonden. Dit betekent dat de zorgverzekeraars verbeterplannen moesten opstellen en aan de NZa moesten versturen. Doel van deze verbeterplannen is om tussentijds (tussen de jaarlijkse onderzoeken in) te worden geïnformeerd over de voortgang van de op verschillende genoemde onderdelen op te pakken verbeterpunten.

Naast deze verbeterplannen acht de NZa het noodzakelijk de regelgeving aan te passen om zorgverzekeraars in beweging te krijgen. Tot nu toe ontbrak hiervoor de juridische basis. Met ingang van 2013 is deze basis met het in werking treden van de ‘Nadere Regel controle en administratie zorgverzekeraars’ aanwezig. De regeling stelt nadere eisen aan de uitvoering van controles door zorgverzekeraars en de administratie. Daarnaast stelt het de NZa in staat om strikter te handhaven als zorgverzekeraars zich niet aan deze regels houden[21].

Het in het voorjaar 2014 te verschijnen rapport over de uitvoering in 2012 zal aandacht besteden aan de wijze waarop door zorgverzekeraars

---

[19] Stepped care houdt in dat een bepaalde volgorde in de zorg wordt aangehouden. Dat pas naar een zwaarder, ingrijpender of duurder middel wordt overgegaan als een minder zwaar, ingrijpend of goedkoper middel geen (verwacht) effect heeft.
[20] In de Zvw is voor een aantal verzekerde prestaties indicatievoorwaarden aangegeven. De zorg is alleen door de Zvw gedekt als de zorg toegepast wordt bij de nader genoemde indicaties.
[21] In de regels is het nu mogelijk gemaakt om bijvoorbeeld een aanwijzing en een last onder dwangsom op te leggen als verzekeraars niet voldoende controleren. Dat betekent dat deze maatregelen al ingezet kunnen worden als de uitkomsten van het onderzoek naar het functioneren over 2012 daartoe aanleiding geeft.

invulling is gegeven aan de verbeterpunten op de verschillende onderdelen.

5. Uitvoering door zorgkantoor

In het hoofdstuk 3 is een aantal aanbevelingen gedaan aan het zorgkantoor. In dit hoofdstuk wordt toegelicht hoe zorgkantoren invulling geven aan schadelastbeheersing. Deze verantwoordelijkheid kunnen ze – net als zorgverzekeraars – op verschillende manieren vormgeven[22]. Dit hoofdstuk gaat daarom in op (selectieve) zorginkoop, het uitvoeren van formele- en materiële controles, fraudebeheersing om oneigenlijk gebruik en misbruik van zorggeld te voorkomen en controles op gepast gebruik. De bevindingen in dit hoofdstuk zijn met name gebaseerd op onderzoek wat is uitgevoerd ten behoeve van het jaarlijkse uitvoeringstoezicht op zorgkantoren[23].

De bevindingen hebben betrekking op het totale plaatje van de zorgkantoren. Uit het uitvoeringsonderzoek is echter ook gebleken dat er aanzienlijke verschillen zitten in de wijze waarop zorgkantoren controleren. Alleen al wanneer ieder zorgkantoor zich op zou trekken aan de *best practice,* dan zou dat leiden tot een enorme verbetering ten opzichte van de huidige situatie.

5.1 (Selectieve) zorginkoop

Van zorgkantoren wordt verwacht dat zij voldoende, kwalitatief goede, betaalbare en doelmatige zorg inkopen en zorgaanbieders moeten deze zorg leveren. Zorgkantoren proberen de prestaties van zorgaanbieders te verbeteren en hanteren in hun zorginkoopbeleid eigen gunningscriteria voor inhoudelijke zorgkwaliteit, cliëntgerichtheid en administratieve vereisten.

De meeste zorgkantoren maken bij de zorginkoop gebruik van het zogenaamde prijsmodel. In dit model biedt het zorgkantoor de zorgaanbieder binnen het landelijk maximumtarief een hogere prijs, naarmate hij beter aan de gunningcriteria voldoet. Om veranderende voorkeuren van cliënten voor zorgaanbieders de ruimte te geven, spreekt het zorgkantoor de eerste productieafspraak met alle zorgaanbieders vaak relatief laag af[24]. Zo blijven bij de tweede productieafspraak (herschikking) nog middelen over om te verdelen tussen zorgaanbieders die meer respectievelijk minder cliënten hebben aangetrokken dan verwacht. De regionale contracteerruimte geldt daarbij als plafond.

Zorgkantoren kunnen bij het contracteren van zorgaanbieders rekening houden met de uitkomsten van uitgevoerde controleactiviteiten. Uit het jaarlijks door de NZa uitgevoerde onderzoek blijkt dat het merendeel van de zorgkantoren geen consequenties verbindt aan de geconstateerde tekortkomingen uit de controles.

---

[22] In tegenstelling tot zorgverzekeraars hebben zorgkantoren geen enkele prikkel om dit te doen, eerder het tegendeel omdat ze over hun beheersbudgetten wel risico lopen.
[23] Voor het volledige onderzoek wordt verwezen naar het Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2012, door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK, wat in januari 2014 zal verschijnen.
[24] In 2007 bedroeg de eerste productieafspraak nog grofweg 90% à 95% van de productie van het voorgaande jaar; in 2011 is deze in het algemeen gedaald tot 80% van de productie van het voorgaande jaar.

5.2 Formele controles

Zorgkantoren voeren zowel controles uit op declaraties op cliëntniveau als op PGB. Onderstaande paragrafen gaan hier op in.

5.2.1 Controle op declaraties op cliëntniveau

Zorgkantoren gebruiken formele controles om te toetsten of een declaratie voldoet aan de geldende voorwaarden/regelgeving. Voorbeelden van dergelijke controles zijn of de gedeclareerde prestatie daadwerkelijk is afgesproken met de zorgaanbieder, het tarief juist is en of er sprake is van aanspraak op zorg.

De NZa kijkt in haar jaarlijkse onderzoek of zorgkantoren bij de controles de uniforme controleset van Vektis[25] hanteren, of ze per zorgaanbieder de foutpercentages bijhouden en wat ze daartegen ondernemen. Bij de uitvoering van dit onderzoek zijn geen bijzonderheden naar voren gekomen.

5.2.2 Controle op PGB

Zorgkantoren voeren globale controles op alle én intensieve controles op tenminste 5% van de PGB-houders uit. Daarnaast voeren zij bestandanalyses uit ter controle van een eventuele samenloop met zorgconsumptie in natura en van de verzekeringsgerechtigheid van de PGB-houder.

Bij globale controles controleert het zorgkantoor via de verantwoordingsformulieren of de PGB-houder zijn budget rechtmatig heeft besteed[26]. Bij intensieve controles moet een PGB-cliënt ter controle schriftelijk overeenkomsten en betalingsbewijzen overhandigen aan het zorgkantoor. Soms vindt naar aanleiding hiervan ook een huisbezoek plaats. Voor een deel worden de cliënten gecontroleerd op basis van een selecte steekproef en voor een deel aselect. De uitkomsten van de aselecte steekproef blijken in de praktijk tegen te vallen. 17% van het aselecte deel van de steekproef voor de intensieve controles wordt in eerste instantie afgekeurd. Als blijkt dat de budgethouder alsnog de stukken kan overleggen, bijvoorbeeld omdat hij gewoon te laat was met indienen, blijkt de cliënt achteraf alsnog goedkeuring te krijgen. Dit blijkt op te gaan bij het merendeel van de casuïstiek van de aselecte steekproef.

De NZa constateert in haar jaarlijkse onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ dat het zorgkantoor niet tijdig kan reageren op geconstateerde onjuistheden bij de globale controle, omdat deze achteraf plaatsvindt. Bij de invoering van het systeem van trekkingsrechten kan het zorgkantoor naar verwachting wel tijdig reageren op verdachte signalen. Verder vindt de NZa dat het zorgkantoor bij de bestandsanalyses en intensieve controles meer gebruik moet maken van eigen risico-inschattingen. Ook het vastleggen van de controles, van vervolgacties naar aanleiding van de bevindingen, en de doorlooptijd van de controles zijn voor verbetering vatbaar[27].

---

[25] Vektis heeft een landelijke set van controles opgesteld die uitgevoerd moeten worden op het declaratieverkeer.
[26] Het zorgkantoor beoordeelt op basis van het controleprotocol van het CVZ of de verantwoording juist is. De globale controle gebeurt meestal achteraf (meestal na 6 maanden).
[27] De NZa voert een thematisch onderzoek uit na de uitvoering van intensiveringsmaatregelen voor preventie, detectie en regressie van PGB-fraude.

Op verzoek van het ministerie van VWS is met ingang van 2013 de controle door het zorgkantoor geïntensiveerd. Afgesproken is het aantal huisbezoeken te verhogen naar minimaal 20% van PGB-cliënten[28]. Het betreft vooral huisbezoeken aan cliënten die voldoen aan kenmerken die veelal samengaan met het plegen van fraude.

5.3 Materiële controles

In het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ besteedt de NZa onder andere aandacht aan de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de uitvoering van materiële controles door zorgkantoren. Zij moeten hier namelijk op grond van de NZa Regeling Controle en Administratie AWBZ-verzekeraars invulling aan geven.

Materiële controles richten zich op drie aspecten:
- of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd;
- of aan de geleverde zorg een indicatiebesluit ten grondslag ligt;
- en of de geleverde zorg voor de verzekerde, gelet op het indicatiebesluit, passend is.

Hierbij kijkt de NZa naar de organisatie, opzet en uitvoering door zorgkantoren.

5.3.1 Organisatie

Controleteams moeten zijn voorzien van voldoende medische deskundigheid. Verder moet er binnen de controleteams voldoende sprake zijn van functiescheiding tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. Tenslotte moet de coördinator fraudebestrijding bij tenminste de opzet (risicoanalyse) en de evaluatie van de controleresultaten betrokken worden. Uit het onderzoek blijkt dat de capaciteit die wordt ingezet voor de uitvoering van de controles aan de lage kant is. Ook is de coördinator fraudebestrijding in onvoldoende mate betrokken bij de opzet van de materiële controles.

5.3.2 Opzet

De materiële controles moeten plaatsvinden volgens een op risicoanalyse gebaseerd plan van aanpak. Bij de beoordeling van de werkzaamheden van zorgkantoren op dit punt komt een aantal verbeterpunten naar voren. Zo moet het controledoel meer in overeenstemming met genoemde regeling worden bepaald. Daarnaast moeten zorgkantoren hun risicoanalyses verder uitbreiden, zodat deze beter kunnen worden gebruikt voor de onderbouwing van zorgaanbieders voor detailcontroles.

5.3.3 Uitvoering

Voor het uitvoeren van de controles is het van belang dat deze tijdig gebeuren en dat gebruik wordt gemaakt van moderne controlemiddelen. In de praktijk blijkt dat veel zorgkantoren de opgestelde controleplannen niet tijdig en volledig uitvoeren. Bovendien zetten zorgkantoren nog onvoldoende controlemiddelen als bestandsanalyses en datamining in. Tenslotte moet er meer aandacht komen voor het verbinden van financiële consequenties aan de geconstateerde tekortkomingen uit detailcontroles.

Daarnaast onderzoekt de NZa de fraude beperkende maatregelen in het huidige PGB-proces op effectiviteit.

[28] Brief Aanpak PGB-fraude 2013/2014.

5.4 Misbruik en oneigenlijk gebruik

Net als zorgverzekeraars zijn ook zorgkantoren verplicht aandacht te besteden aan de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Om hieraan invulling te geven moeten zorgkantoren beschikken over een adequate organisatie en een actueel plan van aanpak. Hierbij kijkt de NZa naar de organisatie, opzet en uitvoering door zorgkantoren.

5.4.1 Organisatie

Wat betreft de organisatie moeten zorgkantoren de rol van de fraudecoördinator versterken. Zo zou deze zelfstandig onderzoek moeten kunnen instellen en structureel betrokken moeten worden bij het bespreken van signalen over misbruik en oneigenlijk gebruik. Een ander punt betreft de capaciteit; deze is te laag of onvoldoende op deze taak berekend.

5.4.2 Opzet

Zorgkantoren moeten beschikken over een actueel plan van aanpak inclusief een risicoanalyse gericht op de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de AWBZ. Veel concessiehouders beschikken echter niet over een zo'n (actueel) plan. Ook baseren zij onderzoeken maar in beperkte mate op risicoanalyses.

5.4.3 Uitvoering

Een aantal zorgkantoren kan meer gebruik maken van bestands- en systeemvergelijkingen. Ook bij de uitvoering kan de fraudecoördinator een grotere rol spelen, door hem te betrekken bij de uitkomsten van de intensieve en materiële controle voor het signaleren van misbruik en oneigenlijk gebruik. Verder moeten nagenoeg alle concessiehouders meer maatregelen verbinden aan de uitkomsten van de onderzoeken[29] [30].

5.5 Gepast gebruik

Gezien de manier waarop de AWBZ is georganiseerd, heeft een zorgkantoor minder mogelijkheden om te sturen op gepast gebruik aan de voorkant dan een zorgverzekeraar. Immers de indicatie – en daarmee de zorgzwaarte – geeft het CIZ af; daar heeft het zorgkantoor verder geen invloed op.

De enige wijze waarop zorgkantoren hierop nog invloed kunnen uitoefenen is door bij de zorginkoop rekening te houden met signalen, uitkomsten uit materiële en formele controles en uit onderzoeken naar misbruik en oneigenlijk gebruik. Uit het jaarlijks door de NZa uitgevoerde onderzoek blijkt dat het merendeel van de zorgkantoren geen consequenties verbindt aan de geconstateerde tekortkomingen uit de controles.

---

[29] Maatregelen kunnen zijn: terugvordering, registratie in IVR en EVR en melding aan het Kenniscentrum Fraudebeheersing.

[30] Uit het onderzoek naar de uitvoering van de AWBZ blijkt dat zorgkantoren over 2012 (€ 2.414 miljoen) iets meer fraude hebben vastgesteld dan in 2011 (€ 2.126). Opvallend daarbij is dat kleine zorgkantoren meer werk lijken te maken van fraudeonderzoek dan de grotere.

5.6 Conclusies

Net als voor zorgverzekeraars geldt ook voor zorgkantoren dat de uitvoering van materiële controle en bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik sterk verbeterd moet worden. Ondanks dat er verschillen zijn tussen zorgkantoren, is het algemene beeld zelfs dat ook de prestaties in 2012 onvoldoende zijn. In de vorige paragrafen is per onderdeel aangegeven waar de zwakke punten zitten. Deze liggen zowel op het terrein van de organisatie, opzet als uitvoering.

6. Geestelijke Gezondheidszorg

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een systeembeschouwing van de curatieve GGZ zoals die in 2013 bestaat[31]. De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft betrekking op het behandelen maar ook op het voorkomen van psychische klachten en ziekten. Dat gebeurt in de eerstelijn, de tweedelijn en in de AWBZ. Dit hoofdstuk richt zich op de geestelijke gezondheidszorg in de tweedelijn vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Allereerst kijken we naar de kerngegevens van GGZ, vervolgens nemen we aan de hand van de fraudescenario's uit hoofdstuk 3 de GGZ door: waar zitten risico's? En welke aanbevelingen kunnen wij doen om die risico's in te perken?

6.1.1 Marktomschrijving

De curatieve GGZ kan in de volgende onderdelen worden opgedeeld:
Zvw
- Ambulante curatieve (geneeskundige) GGZ
- Klinische curatieve GGZ (alleen eerste jaar)

AWBZ (hier vermeld voor de volledigheid maar behoort niet tot de scope van dit hoofdstuk)
- Ambulante niet-curatieve GGZ [32]
- Klinische niet-curatieve GGZ (zorg in RIBW 's[33])
- Klinische curatieve GGZ (langer dan een jaar)

In de figuur op de volgende pagina is vermeld welke aanbieders hierbinnen actief zijn.

De totale omvang van de curatieve GGZ is op te splitsen in de omvang van de eerste- en de tweedelijn. In 2010 was de omvang van de eerstelijns GGZ ca. € 119 miljoen en de omvang van de tweedelijns curatieve GGZ ca. € 3,8 miljard.

In 2010 hebben ongeveer 1,2 miljoen cliënten gebruik gemaakt van de curatieve GGZ.

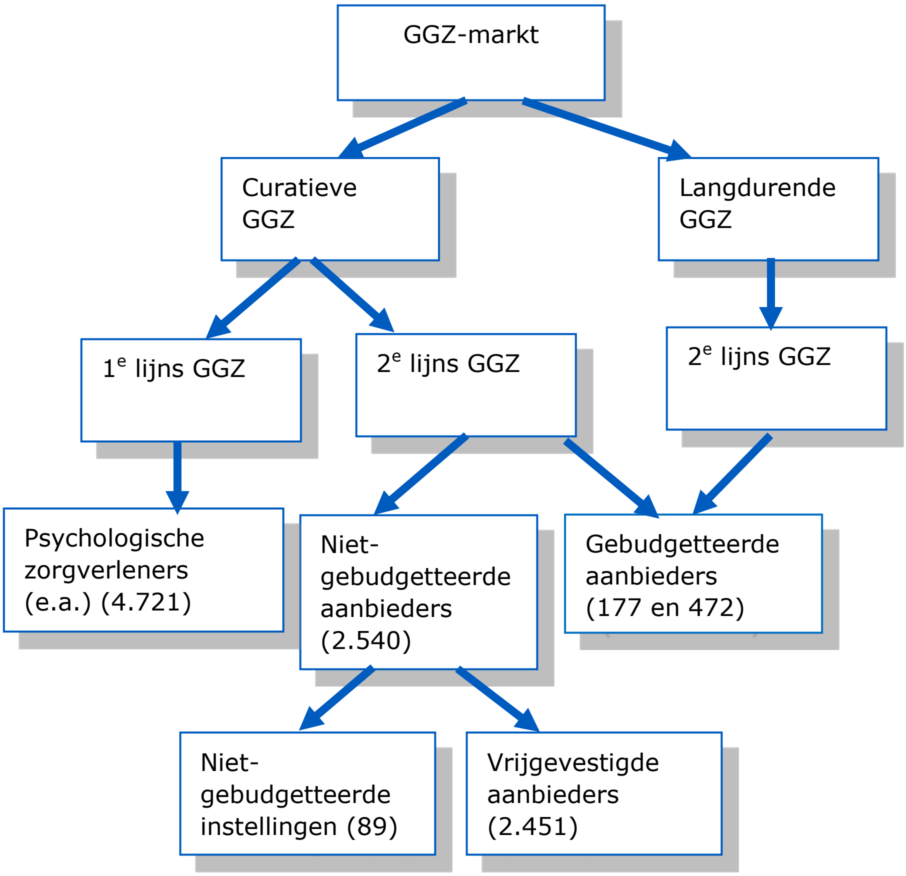
De soorten zorg die GGZ-aanbieders kunnen leveren en declareren zijn vastgelegd in diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Voor de curatieve GGZ stelt de NZa maximumtarieven. Er zijn tarieven voor verblijf en voor behandeling.

Voor de gebudgetteerde instellingen geldt nu een overgangsfase. Tot 2013 werden deze instellingen bekostigd via productieafspraken op basis van budgetparameters en gefinancierd door het declareren van DBC's. In het overgangsjaar 2013 geldt nog een transitiemodel. Vanaf 2014 gaan zij volledig over naar DBC-bekostiging.

---

[31] In 2014 wordt de Basis GGZ ingevoerd. Voor die markt is een aparte analyse op fraude gedaan. We gaan hier in de paragraaf 'marktomschrijving' kort op in.
[32] Ambulante zorgproducten die niet binnen de Zvw –aanspraak vallen; bijv. dagbesteding.
[33] Uitsluitend persoonlijke verzorging en/of begeleiding met grondslag psychiatrische aandoening.

Figuur 6.1. De GGZ-markt en zijn aanbieders



Bron: NZa

Vanaf 2014 vindt er een verandering plaats in de bekostiging van de curatieve GGZ, namelijk de invoering van de basis GGZ. De basis GGZ is bedoeld voor mensen met een lichte GGZ-problematiek. De huidige eerstelijns psychologische zorg en een deel van curatieve GGZ komen hieronder te vallen. De NZa heeft de frauderisico's behorend bij deze wijziging uitgewerkt in haar fraudetoets GGZ[34].

6.1.2 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht. In paragraaf 2 gaan we in op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang tot geestelijke gezondheidszorg. Paragraaf 3 schetst frauderisico's rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt het toezicht binnen de keten en op de gehele zorgketen.

6.2 Toegang

Consumenten kunnen op verschillende manieren in de curatieve GGZ terecht komen.

- Verwijzing: via de huisarts of een andere eerstelijns zorgaanbieder. Naast de eerstelijns verwijzer kan ook sprake zijn van een

[34] Rapport Fraudetoets Generalistische basis GGZ, publicatie eind december 2013 op www.nza.nl.

doorverwijzing binnen de tweedelijn. Voorbeeld hiervan is het doorverwijzen van een patiënt naar een gespecialiseerde GGZ instelling (kinderpsychiatrie of autisme bijvoorbeeld).
- Crisis GGZ/acute opname.
- Via de gerechtelijke route: gedwongen opname.

Zelfverwijzing is in principe niet mogelijk. Wie zich zonder verwijzing meldt, moet terug naar een eerstelijns aanbieder voor een verwijsbrief. Een uitzondering hierop is de crisissituatie.

Het is belangrijk dat de verwijzer, meestal de huisarts, goed doorverwijst[35]. Komt een patiënt eerst bij de verkeerde aanbieder terecht, dan wordt hij naar verwachting toch behandeld, alvorens hij verder wordt verwezen. Dit leidt tot ongepast gebruik van zorgmiddelen.

Vanaf 1 januari 2014 wordt het mogelijk te controleren op de verwijzer. In de gespecialiseerde GGZ wordt het verplicht om de AGB-code van de verwijzer en het type verwijzer op de factuur te vermelden. Het is hierdoor mogelijk voor de zorgverzekeraar om te zien wie de patiënt waarnaartoe heeft doorverwezen. De zorgverzekeraar heeft hierdoor meer informatie in handen over onder andere verwijsgedrag.

Aanbevelingen
Aan VWS: Creëer een informatiesysteem waarin zichtbaar is welke zorginstellingen een WTZi-toelating hebben, koppel dit aan het BIG-register, zodat er een totaalbestand komt van zorgaanbieders met de bijbehorende AGB-codes. Stel daarbij grenzen aan de hoeveelheid AGB-codes die één zorginstelling of zorgaanbieder mag hebben. Maak dit inzichtelijk voor zorgverzekeraars en toezichthouders.
Aan de IGZ: Verscherp controle op WTZi-toelatingen en BIG-registraties, bijvoorbeeld op de verwijdering van eerder veroordeelde/geschorste aanbieders uit deze registers.
Aan Vektis: Verscherp controle op de AGB-codes van aanbieders.
Aan zorgverzekeraars: Gebruik dit systeem om inzicht te krijgen in welke declaratiestromen geoorloofd zijn en wat de achtergrond van een verwijzer is.

6.3 Zorglevering

Bij het leveren van curatieve GGZ zijn er prikkels die kunnen leiden tot verkeerd gebruik van zorgmiddelen. Een aanbieder kan bijvoorbeeld meer behandelingen uitvoeren en declareren dan nodig is. Deze vorm van ongepast gebruik noemen we overbehandeling. Tegelijkertijd is de bekostiging zo vormgegeven dat het uitvoeren van een extra behandeling mogelijk niet leidt tot een hogere vergoeding. In dat geval bestaat het risico op onderbehandeling.

Ongepast gebruik in de GGZ kan voorkomen omdat de patiënt niet precies weet welke behandelingen wel en niet bij zijn diagnose passen. Hieronder worden een aantal vormen van ongepast gebruik opgesomd.

Tabel 6.1. ongepast gebruik

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Overbehandeling door meer zorg te leveren.	Een patiënt is al een aantal maal bij een psychiater geweest voor de behandeling van zijn depressie. De psychiater is medisch gezien

[35] Zie ook de fraudetoets basis GGZ voor de risico's aan de spilrol van de huisarts.

	uitbehandeld, maar besluit toch nog een tweetal extra sessies met deze patiënt te doen zodat de geleverde zorg leidt tot een DBC met een hoger bedrag dan wanneer hij deze sessies niet zou hebben gedaan.
Overbehandeling door een patiënt onnodig op te nemen.	Een patiënt komt voor een behandeling een aantal maal bij een GGZ-instelling. Binnen deze instelling is er ook ruimte om een patiënt op te nemen en klinisch te behandelen. Hoewel hiervoor de noodzaak ontbreekt, neemt de GGZ-instelling de patiënt een dag op om zo een duurder product in rekening te kunnen brengen.
Overbehandeling door een patiënt te duur op te nemen.	Sinds 2012 kent de productstructuur verblijf een indeling naar zwaarte. Deze indeling biedt vrijheid voor zorgaanbieders om een patiënt zelf in te delen in een verblijfscategorie. Dit heeft als risico dat patiënten in een zwaardere en dus duurdere categorie worden ingedeeld.
Onderbehandeling door minder zorg te leveren.	Een patiënt is al een aantal maal bij een psychiater geweest voor de behandeling van zijn depressie. De psychiater is medisch gezien nog niet uitbehandeld, maar ziet dat hij aan het begin van een tijdsklasse zit. Dat betekent dat hij na 5 extra sessies hetzelfde bedrag in rekening kan brengen als wanneer hij deze sessies niet doet. Hij besluit de sessies niet te doen en er is daarmee sprake van onderbehandeling.
Onderbehandeling door de inzet van lager gekwalificeerd personeel.	Het bedrag dat een GGZ instelling in rekening mag brengen is gebaseerd op een verdeling in de verschillende beroepen die een patiënt behandelen. Een GGZ instelling kan er voor kiezen relatief veel beroepen in te zetten met een relatief lage kwalificatie. Ook worden ervaringsdeskundigen ingezet. In dat geval krijgt een patiënt mogelijk niet de kwalitatief juiste behandeling.

Bron: Nza

6.4 Bekostiging/financiering

De meeste frauderisico’s in de GGZ komen terug onder de noemer bekostiging en financiering. Hierbij kan de basis voor het risico al liggen in de zorglevering of de toegang. We richten ons in deze paragraaf op de risico’s die er zijn wanneer een aanbieder of patiënt zorg declareert. In deze paragraaf beschrijven we de volgende risico’s:

- Het in rekening brengen van een behandeling die (deels) niet heeft plaatsgevonden (spookzorg).
- Het declareren van een duurdere, meer uitgebreide behandeling dan de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling (upcoding).
- Het meerdere malen in rekening brengen van dezelfde zorg (dubbele bekostiging).
- Het registreren van een andere diagnose om in aanmerking te komen voor een vergoeding.
- Het knippen van de behandeling zodat er meer inkomsten worden gegenereerd door de aanbieder en/of er meer wordt vergoed aan de patiënt.

In de gezondheidszorg bestaat er informatieasymmetrie tussen een zorgverlener en de patiënt. Daarnaast bestaat dezelfde asymmetrie tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar. In de GGZ is dit een groot risico omdat ook de prestatieomschrijving weinig inzicht geeft in wat een zorgverlener heeft gedaan. De risico's die in dit hoofdstuk worden benoemd zijn daardoor relatief groter dan in de rest van de gezondheidszorg.

6.4.1 Behandelingen die (deels) niet hebben plaatsgevonden

Het in rekening brengen van zorg die (deels) niet is geleverd is een vorm van fraude die in elke zorgmarkt voor kan komen. De mate waarin deze vorm van fraude onopgemerkt kan blijven, wordt mede bepaald door de controle van de patiënt. Wanneer een patiënt de factuur ziet kan hij controleren of hij is geweest en of hij de zorg zoals beschreven heeft ontvangen.

Voor patiënten van 18 jaar en ouder geldt het eigen risico voor de GGZ. Zij betalen een deel van de zorg zelf, wanneer zij het eigen risico nog niet volledig hebben verbruikt. Op basis hiervan zal een patiënt controleren of er daadwerkelijk zorg is geleverd. Zelfs wanneer de patiënt de factuur niet voor ogen krijgt, zal de verzekeraar het eigen risico in rekening brengen en kan een patiënt op basis daarvan controleren of hij daadwerkelijk bij deze aanbieder is geweest.

Voor patiënten jonger dan 18 jaar geldt geen eigen risico. Zij zien mogelijk de factuur helemaal niet en krijgen ook vanuit de verzekeraar geen vraag om zelf een bijdrage te betalen. Hier is de controle dus beperkt.

De controle op behandelingen die deels niet hebben plaatsgevonden is mogelijk lastiger. Een behandeling in de GGZ kan al snel leiden tot een bedrag hoger dan het eigen risico. Wanneer een patiënt weet dat hij het eigen risico moet betalen dan zal hij minder snel controleren of een bedrag daarboven juist is.

Tabel 6.2. Spookzorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het in rekening brengen van zorg die niet geleverd is (spookzorg).	Een jonge patiënt komt met zijn ouders bij de psychiater en wordt behandeld voor een depressie. Naast het in rekening brengen van deze behandeling brengt de psychiater ook voor elk van de ouders een behandeling in rekening terwijl de behandeling niet op hen gericht is.
Het in rekening brengen van zorg die deels niet geleverd is (spookzorg).	Een patiënt komt bij de psychiater en wordt behandeld voor een depressie. De psychiater brengt een DBC in rekening met daarop ook farmacotherapie terwijl deze nooit geleverd is.

Bron: NZa

6.4.2 Het declareren van duurdere behandelingen

In navolging van de vorige voorbeelden is het ook mogelijk om een duurdere behandeling dan de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling in rekening te brengen. Dit noemen we upcoding.

Deze vorm van fraude kan voorkomen binnen de GGZ omdat het een tijdsregistratiesysteem betreft. Een aanbieder registreert hoeveel tijd hij besteedt aan verschillende activiteiten en de totale tijd bepaalt het tarief

dat in rekening mag worden gebracht. Het risico is dat een aanbieder tijd registreert die hij niet daadwerkelijk heeft besteed aan de patiënt.

Tabel 6.3. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het declareren van duurdere behandelingen (upcoding).	Een aanbieder werkt met normtijden. Hij rekent voor elk consult in zijn registratie standaard 1 uur directe contacttijd met de patiënt en een half uur indirecte tijd voor de voorbereiding. Zijn afspraken zijn echter altijd een uur, waardoor hij consequent meer tijd in rekening brengt dan dat hij levert.
Het declareren van duurdere behandelingen (upcoding).	Een aanbieder ziet een patiënt voor de eerste keer. Hij registreert hiervoor een intake, een consult, het voorbereiden van het gesprek en het vragen van feedback aan een andere behandelaar. Nadat deze patiënt voor zijn eerste consult is geweest staat de teller al op 240 minuten, terwijl de aanbieder slechts anderhalf uur heeft besteed.
Het declareren van duurdere behandelingen (upcoding).	Een aanbieder heeft groepsbehandelingen. In deze sessie van 2 uur gaat hij met 10 van zijn patiënten tegelijk in gesprek. Hij hoort dit in rekening te brengen als 12 minuten per patiënt, maar hij rekent aan elke patiënt vervolgens 2 uur toe.

Bron: NZa

6.4.3 Het meerdere malen in rekening brengen van dezelfde zorg

In de marktomschrijving werd al benoemd dat er naast curatieve GGZ ook langdurige GGZ is. Deze wordt bekostigd vanuit de AWBZ. Een aanbieder zou voor een patiënt die hij behandelt binnen de AWBZ tevens een DBC kunnen openen in de curatieve GGZ. Hiermee bestaat er een risico dat er voor dezelfde zorg twee keer wordt betaald.

Hetzelfde kan gebeuren binnen de curatieve GGZ. In dat geval opent een aanbieder meerdere DBC's tegelijk met een verschillende diagnose, en brengt hij geleverde zorg meerdere malen in rekening. Dit kan ook voorkomen bij een groep van aanbieders. Dit risico lijkt beperkt omdat er regels zijn voor het openen van meerdere DBC's tegelijk en hier relatief eenvoudig op te controleren is door een zorgverzekeraar.

Tabel 6.4. Dubbele bekostiging

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het meerdere malen in rekening brengen van dezelfde zorg (dubbele bekostiging).	Een patiënt is al in behandeling bij een GGZ instelling binnen de AWBZ. De instelling besluit dezelfde zorg echter ook in rekening te brengen via een DBC in de curatieve GGZ. Dezelfde zorg wordt nu op twee manieren bekostigd.
Het meerdere malen in rekening brengen van dezelfde zorg (dubbele bekostiging).	Een psychiater behandelt een patiënt voor zijn depressie. Hij opent een DBC hiervoor, maar opent tegelijk ook een DBC voor een angststoornis. Er vindt 1 behandeling plaats, maar deze wordt via twee DBC's in rekening gebracht.
Het meerdere malen in rekening brengen van dezelfde zorg (dubbele bekostiging).	Een psychiater behandelt een patiënt voor zijn depressie. Hij opent een DBC hiervoor, en vraagt een collega om een consult. Deze collega zou hiervoor een vergoeding moeten krijgen van de psychiater die de DBC heeft geopend. Dit heet een

	intercollegiaal consult. De bevraagde collega opent echter zelf ook een DBC voor deze patiënt. Er vindt 1 behandeling plaats, maar deze wordt via twee DBC's in rekening gebracht.

Bron: NZa

6.4.4 Het registreren van een andere diagnose

Niet alle geestelijke gezondheidszorg wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Het is hierbij afhankelijk van de diagnose of de zorg vergoed wordt door de verzekeraar. Hierdoor is een belang bij de patiënt om behandeld te worden voor een diagnose die tot het verzekerde pakket behoort.

Tabel 6.5. Andere diagnose

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het registreren van een andere diagnose.	De behandeling van een aanpassingsstoornis is onverzekerde zorg. Als het om een dergelijke stoornis gaat, kan een zorgaanbieder ervoor kiezen om de behandeling onder een andere aandoening te registreren zodat de zorg wel via de zorgverzekeraar wordt vergoed.

Bron: NZa

Per 2014 zal zorg die niet tot het basispakket behoort, maar wel zorg is zoals beschreven in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), buiten de DBC-systematiek vallen. Deze zorg zal worden gedeclareerd via overige producten (OVP). Hierdoor ontstaat de mogelijkheid om onderscheid te maken tussen verzekerde en onverzekerde zorg, via registratie en vervolgens declaratie.

6.4.5 Het knippen van de factuur

Wanneer men bij een aanbieder komt dan is dat vaak voor meerdere zittingen. Het kan voordelig zijn voor de aanbieder om de totale behandeling op te knippen in twee of meer behandelingen voor een hogere vergoeding. Er zijn regels gesteld hoe aanbieders hier mee om moeten gaan.

Tabel 6.6 Knippen van de factuur

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het splitsen van de factuur.	Een patiënt is 10 keer bij de psychiater geweest. De psychiater dient nu 1 behandeltraject in rekening te brengen. De vergoeding voor het in rekening brengen van 2 trajecten van 5 behandelingen is echter hoger. De psychiater brengt daarom 2 behandelingen in rekening.

Bron: NZa

6.5 Toezicht

In de voorgaande paragrafen komen verschillende frauderisicogebieden terug. Binnen elke fase in de keten is er sprake van controle en toezicht. Daarnaast is er aan het eind van het traject toezicht over de gehele keten, doordat op dat moment de declaratie wordt ingediend bij de zorgverzekeraar. In deze paragraaf kijken wij naar het toezichtaspect voor alle partijen in de zorgketen.

6.5.1 Zorgaanbieder

Als het gaat om correct medisch handelen, houdt de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht op de individuele zorgaanbieder/medisch specialist (met BIG registratie). Dit ziet dus op de medische handeling en niet op de productdeclaratie.

6.5.2 Consument

Een aantal van de genoemde risico's kan worden beperkt door de consument de factuur te laten controleren. Verzekeraars hebben de mogelijkheid om de nota door te sturen naar de consument. Dit is in een aantal gevallen de enige manier om te controleren. De verzekerde is immers altijd bij de behandeling aanwezig geweest en kan daardoor een nadrukkelijke bijdrage leveren bij het bepalen of een behandeling al dan niet heeft plaatsgevonden. Het is van belang dat de nota hierbij wel begrijpelijk is.

6.5.3 Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het inkopen van gepaste zorg alsmede het controleren of de geleverde zorg ook gepast is geweest en aansluit bij de inkoopafspraken.

Verzekeraars lopen hierbij in de GGZ aan tegen de discussie over privacy, waardoor het uitvoeren van de materiële controle wordt bemoeilijkt. Binnen de GGZ blijft het dilemma bestaan dat er een transparanter systeem moet komen maar dat dit strijdig kan zijn met de privacy wetgeving die geldt voor de patiënt.

Aanbeveling aan VWS
Verruim de mogelijk tot steekproefcontroles van willekeurige declaraties.

In de gezondheidszorg bestaat er informatieasymmetrie tussen een zorgverlener en de patiënt. Daarnaast bestaat dezelfde asymmetrie tussen de zorgverlener en de zorgverzekeraar. In de GGZ is dit een groot risico omdat ook de prestatieomschrijving weinig inzicht geeft in hetgeen is gedaan door een zorgverlener. De zorgverlener heeft een informatie- én kennisvoorsprong. Dit kan de zorgverlener, mede door het beperkte inzicht van de zorgverzekeraar, toepassen in de registratie van het zorgtraject door meer te registreren dan geleverd of iets te registreren dat duurder is dan daadwerkelijk geleverd.

Er worden stappen gezet om de verzekeraar meer controlemogelijkheden te geven net als in de DBC structuur van de medisch specialistische zorg. Vanaf 1 januari 2014 worden er aanvullende gegevens op de factuur vermeld waardoor verzekeraars beter kunnen controleren.

Aanbevelingen aan VWS en de NZa
Maak het systeem van zorgproducten (DBC's GGZ) inzichtelijker. Maak activiteiten en verrichtingen met de bijbehorende tijdsbesteding zichtbaar voor zorgverzekeraars en verzekerden ten behoeve van controle.
Zoals in hoofdstuk 3 is aanbevolen: kom tot een zorginhoudelijke bekostiging in plaats van een op tijd gebaseerde bekostiging.

7. Extramurale Farmaceutische zorg

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een systeembeschouwing van de extramurale farmaceutische zorg (hierna: farmacie). Farmacie is het verstrekken van UR-geneesmiddelen en hulpmiddelen en het geven van informatie en begeleiding hierbij buiten een instelling of ziekenhuis. Simpel gezegd is dit voor de patiënt het bezoek aan de apotheek en het ophalen van medicijnen. Wij kijken hierbij naar het bekostigingsstelsel, naar de prikkels rondom het declaratieverkeer en de prikkels van de verschillende partijen in deze markt. Zo ontstaat een volledig beeld van de onderlinge relaties tussen de verschillende bekostigingsaspecten in deze zorgmarkt.

7.1.1 Marktomschrijving

De grootste groep aanbieders van farmacie zijn apotheken. Er zijn een aantal typen apotheken:
- Zelfstandige apotheken
- Ketenapotheken
- Poliklinische apotheken (politheken): openbare apotheken gevestigd in een ziekenhuisgebouw
- Internetapotheken
- Dienstapotheken

Daarnaast zijn er apotheekhoudende huisartsen daar waar er geen openbare apotheek in de buurt is. Een huisarts kan alleen met een vergunning apotheekhoudend huisarts zijn.

Sinds 2012 kent de farmacie vrije tarieven. Per 2012 zijn er ook nieuwe prestaties toegevoegd naast de terhandstelling, om zo de dienstverlening van de apotheek zichtbaarder te maken. Van die elf prestaties vallen er vijf onder de basisverzekering.

Naast de elf prestaties zijn er vier toeslagen die apothekers onder voorwaarden kunnen declareren (eerste terhandstelling, avond-, nacht en zondagdienstverlening, reguliere magistrale bereiding en bijzondere magistrale bereiding). Ook de prijzen van geneesmiddelen zijn sinds 2012 vrij.

Binnen de farmacie geldt een preferentiebeleid. Het preferentiebeleid is een uitingsvorm van selectief contracteren. Vanaf 2008 zijn zorgverzekeraars actief preferentiebeleid gaan voeren in de farmaceutische zorg. Hierbij bepalen zorgverzekeraars via de polis dat van een aantal geneesmiddelen die uit precies dezelfde werkzame stof bestaan, zij alleen het aangewezen geneesmiddel vergoeden.
Voor andere geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof krijgen apotheken geen vergoeding, tenzij dat medisch niet verantwoord is. Dankzij dit beleid zijn de totale uitgaven aan farmacie de afgelopen jaren gedaald.

Voor patiënten worden geneesmiddelen in principe geheel vergoed, met uitzondering van het eigen risico. Daarnaast geldt voor een aantal geneesmiddelen een eigen bijdrage van de patiënt. De eigen bijdrage is het verschil tussen de prijs (AIP) die de fabrikant hanteert voor dat geneesmiddel en de vergoedingslimiet die is bepaald door het ministerie van VWS in het GVS (Geneesmiddelen vergoedingensysteem).

7.1.2 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht. In paragraaf 2 gaan we in op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang tot farmacie. Paragraaf 3 schetst frauderisico's rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt het toezicht binnen de keten en op de gehele zorgketen.

7.2 Toegang

Consumenten komen op twee manieren bij de apotheek. Ofwel zij hebben een recept voor een geneesmiddel dat uitsluitend op recept wordt afgegeven (een zogenaamd UR-geneesmiddel) van de huisarts, medisch specialist, tandarts, verloskundige en in sommige gevallen de verpleegkundige. Daarnaast hebben zij voor niet-UR-geneesmiddelen rechtstreeks toegang krijgen tot de apotheek. Deze laatste groep geneesmiddelen valt niet onder de basisverzekering.

Voor de toegang onderscheiden we twee risico's:
- Onnodig voorschrijven
- Verslaafde patiënten

7.2.1 Onnodig voorschrijven

Recepten van geneesmiddelen worden meestal afgegeven door de huisarts. Het afgeven van een recept kan leiden tot een aantal risico's. Ten eerste is het mogelijk dat een huisarts onnodig vaak (dure) geneesmiddelen voorschrijft. De kans dat een huisarts dit doet is groter wanneer hij een financieel belang heeft. Bij een apotheekhoudende huisarts is dit belang het grootst aangezien hij zowel voorschrijver is als verstrekker van het geneesmiddel is. Daarnaast kunnen ook bij een huisartsenpraktijk met een apotheek in hetzelfde gebouw financiële belangen meespelen.

Tabel 7.1. Onnodig vaak voorschrijven

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Overbehandeling: het onnodig vaak voorschrijven van een geneesmiddel	Een apotheekhoudende huisarts schrijft bovengemiddeld veel geneesmiddelen voor. Zijn patiënten komen het geneesmiddel vervolgens ook weer bij hem halen.

Bron: NZa

7.2.2 Verslaafde patiënten

In de farmacie bestaat het risico dat geneesmiddel- en of drugsverslaafden zich bij een arts (huisartsenpost, ziekenhuis meestal buiten de regio) voordoen als patiënten en op die manier recepten voorgeschreven krijgen. Met die recepten kunnen zij bij een apotheek geneesmiddelen ophalen waarmee ze aan hun verslavingsbehoefte kunnen voldoen. De Volkskrant berichtte hierover in 2012 nadat de KNMP hierover alarm sloeg:

De 'shoppers' gaan te werk door zich 's avonds of in het weekend bij een huisartsenpost of een ziekenhuis te melden. 'Daar komen ze met een goed geïnformeerd verhaal. Ze weten precies welk ziektebeeld ze die arts moeten voorschotelen.' Het probleem is volgens hem dat artsen en apothekers juist op die tijden het verhaal vaak niet kunnen checken, omdat er geen landelijk elektronisch patiëntendossier is.
- De Volkskrant, 11-9-2012 'Alarmerende groei van handel in heftige pijnstillers als China white'.

Naast het veinzen van een ziektebeeld is het mogelijk dat patiënten met hetzelfde verwijsbriefje bij meerdere apotheken geneesmiddelen op gaan halen. In beide gevallen levert de aanbieder onnodig of onnodig veel geneesmiddelen aan de patiënt buiten medeweten van de apotheker om.

Tabel 7.2. Onnodig veel verstrekken

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Onnodig (veel) verstrekken van een geneesmiddel buiten weten van de apotheker om	Een verslaafde patiënt krijgt op een briefje een recept mee voor pijnstillers. Hij kopieert vervolgens dit briefje en gaat bij alle apotheken in de regio langs om op deze manier veel meer dan de voorgeschreven hoeveelheid op te halen.

Bron: NZa

7.3 Zorglevering

In deze paragraaf gaan wij in op de risico's die er zijn bij het leveren van zorg door de apotheker of de apotheekhoudende huisarts. Het gaat hier met name om het verstrekken van een onjuiste hoeveelheid zorg, te splitsen in overbehandeling en onderbehandeling.

Een vorm van overbehandeling is het leveren van meer geneesmiddelen dan nodig. Als de patiënt al deze geneesmiddelen gebruikt is er sprake van overbehandeling. Het kan ook zo zijn dat de patiënt enkel de hoeveelheid geneesmiddelen tot zich neemt zoals is voorgeschreven. In dat geval blijft er een aantal geneesmiddelen ongebruikt liggen en is er sprake van ondoelmatig geleverde zorg.

Tabel 7.3. Ongepast gebruik

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Onderbehandeling: minder eenheden afleveren dan nodig.	Een apotheker levert een patiënt minder eenheden van het geneesmiddel dan voorgeschreven door een arts of overeengekomen met een zorgverzekeraar. De patiënt moet hierdoor nog eens terugkomen en de apotheker kan hierdoor nogmaals een prestatie in rekening brengen. Op het moment dat de patiënt onnodig terugkomt, is er niet langer sprake van onderbehandeling, maar van opknippen.
Overbehandeling: meer eenheden afleveren dan nodig.	Een apotheker kan een patiënt ook meer eenheden van het geneesmiddel geven. In dat geval is er sprake van ondoelmatig geleverde zorg.

Bron: NZa

7.4 Bekostiging en financiering

De meeste risico's hebben betrekking op de bekostiging. In hoeverre deze risico's voorkomen is ook hier afhankelijk van het feit of de patiënt ook de factuur ziet. De factuur voor farmacie gaat meestal direct naar de zorgverzekeraar. Daardoor kan een consument niet makkelijk zien of de zorg die bij hem in rekening is gebracht, daadwerkelijk is geleverd.

Als de patiënt de factuur wel ziet dan is het mogelijk nog lastig voor hem om te bepalen of die factuur juist is. Hij kan zich afvragen of hij alleen het geneesmiddel overhandigd heeft gekregen (terhandstelling), of dat er ook andere prestaties geleverd zijn. Daarnaast kan een apotheker een medicijn zelf bereiden en hier een toeslag voor vragen. Een patiënt heeft geen zicht op de bereiding van het geneesmiddel. Daarmee is de mate waarin de patiënt kan controleren of de in rekening gebrachte zorg ook is geleverd beperkt.

In deze paragraaf beschrijven we de volgende risico's:
- Het in rekening brengen van een behandeling die (deels) niet heeft plaatsgevonden.
- Het declareren van een duurdere, meer uitgebreide behandeling dan de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling.
- Dubbele bekostiging van geneesmiddelen.
- Het registreren van een andere prestatie om in aanmerking te komen voor een vergoeding.

7.4.1 Behandelingen die (deels) niet hebben plaatsgevonden

Het in rekening brengen van zorg die (deels) niet is geleverd is een vorm van fraude die in elke zorgmarkt voor kan komen. De mate waarin de patiënt de factuur kan controleren is een belangrijke indicator of deze vorm van fraude voor kan komen.

Tabel 7.4. Spookzorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het in rekening brengen van zorg die niet geleverd is.	Een patiënt komt bij de apotheek voor zijn geneesmiddelen. De apotheek brengt het uitgeven van de geneesmiddelen en de geneesmiddelen zelf in rekening. Vervolgens dient hij deze factuur elke week in bij de verzekeraar terwijl de patiënt niet meer is geweest.
Het in rekening brengen van zorg die deels niet geleverd is.	Een patiënt komt bij de apotheek om zijn geneesmiddelen op te halen. De apotheker brengt een toeslag voor magistrale bereiding in rekening terwijl hij het geneesmiddel niet zelf bereid heeft.
Het in rekening brengen van zorg die deels niet geleverd is.	Een patiënt komt bij de apotheek om zijn geneesmiddelen op te halen. De apotheker brengt een toeslag voor eerste uitgifte in rekening terwijl hij het geneesmiddel in de 12 maanden ervoor al meerdere malen aan deze patiënt heeft verstrekt.

Bron: NZa

Aanbevelingen aan zorgverzekeraars
Stel bij de zorginkoop vast welke apotheken een bereidingsfunctie hebben of bereidingen maken en welke apotheken dienstwaarnemingen uitvoeren. Controleer op basis van die gegevens de declaraties van toeslagen voor deze specifieke functies.

7.4.2 Het declareren van duurdere behandelingen

In navolging van de vorige voorbeelden is het ook mogelijk om een duurdere, meer uitgebreide behandeling dan de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling in rekening te brengen.

Tabel 7.5. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het declareren van duurdere behandelingen.	Een patiënt haalt een doosje met 20 pillen bij de apotheker. De apotheker factureert echter een doosje met 40 pillen bij de verzekeraar.
Het declareren van duurdere behandelingen.	Een apotheker heeft voor een patiënt een reguliere magistrale bereiding gedaan. Hij declareert deze echter als een bijzondere bereiding tegen een hoger tarief
Het declareren van duurdere behandelingen.	Een apotheker die de ANZ (avond nacht en zondag) toeslag vanwege dienstwaarneming in rekening brengt, terwijl het geen dienstwaarneming betreft.

Bron: NZa

7.4.3 Dubbele bekostiging van geneesmiddelen

Binnen de medisch specialistische zorg en de intramurale AWBZ is het verstrekken en toedienen van medicijnen onderdeel van de te leveren prestatie. Dit betekent dat er in het tarief een vergoeding is opgenomen voor het betreffende geneesmiddel.
Een bekend risico is de zogenaamde U-bocht constructie. Een patiënt die bij het ziekenhuis in zorg is, wordt gevraagd om een medicijn of hulpmiddel zelf bij de apotheek te halen. Vervolgens declareert de apotheker het leveren van het geneesmiddel. Daarnaast krijgt ook de medisch specialist een vergoeding voor het leveren van dit geneesmiddel binnen het tarief van de DBC. Op deze wijze wordt er twee keer betaald voor 1 geneesmiddel.

Tabel 7.6. Dubbele bekostiging

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Dubbele bekostiging (U-bocht constructie).	Een vrouw komt in het ziekenhuis voor het laten plaatsen van een spiraaltje. De behandelend arts vraagt de vrouw om eerst zelf een spiraaltje aan te schaffen via de apotheek. Vervolgens plaatst de arts dit spiraaltje. Zowel de apotheek als de arts/het ziekenhuis ontvangt nu een vergoeding voor het spiraaltje.

Bron: NZa

7.4.4 Het in rekening brengen van een andere prestatie

Zoals in het begin van dit hoofdstuk beschreven, behoort slechts een deel van alle prestaties in de farmacie tot de basisverzekering. Hierdoor

bestaat er een risico dat een onverzekerde prestatie in rekening wordt gebracht als een verzekerde prestatie.

Tabel 7.7. Andere prestatie

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het in rekening brengen van een andere prestatie om een vergoeding te krijgen.	Vanaf 2012 zijn er nieuwe prestaties. Een patiënt komt bij de apotheek voor een advies over de ziekterisico's bij het reizen. Dit is een prestatie die niet tot het verzekerde pakket behoort. De apotheker declareert een terhandstelling. Dit is verzekerde zorg waardoor de patiënt niet zelf hoeft te betalen.
Het in rekening brengen van een andere prestatie om een vergoeding te krijgen.	Een patiënt komt bij de apotheker om Viagra te halen. Viagra behoort niet tot het verzekerde pakket en de patiënt dient dit dan ook zelf af te rekenen. Hij vraagt echter om het geneesmiddel als pijnstiller in rekening te brengen zodat het wel wordt vergoed. De apotheker doet dit vervolgens.

Bron: NZa

Aanbevelingen
Aan de NZa: Creëer scherper afgebakende prestaties waardoor het onderscheid tussen de prestaties transparanter wordt.
Aan zorgverzekeraars: Stel toetsingscriteria op om te toetsen of de juiste prestaties zijn geleverd door de apotheekhoudende. Controleer op basis daarvan of de inkoop afspraken worden nagekomen.

7.5 Toezicht

In de vorige paragrafen worden verschillende frauderisicogebieden beschreven. Deze paragraaf beschrijft de manier waarop er toezicht wordt gehouden op de markt waar deze frauderisico's zich voordoen.

7.5.1 Apotheker

Op de farmaceutisch zorgverlener wordt toezicht gehouden door de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). Dit ziet met name op de medische handeling en inrichtingseisen. Daarnaast passen apothekers, mede ingegeven door de branchevereniging, controleprincipes toe op zichzelf.

De verzekeraars hebben ook een rol in het controleren van de apotheker. Zij leggen met name aan de voorkant op basis van het preferentiebeleid aan apothekers op wat zij wel en wat zij niet in rekening mogen brengen.

7.5.2 Consument

Een aantal van de genoemde risico's kan worden beperkt door de consument de factuur te laten controleren. Verzekeraars hebben de mogelijkheid om de nota door te sturen naar de consument. Dit is in een aantal gevallen de enige manier om te controleren. De verzekerde heeft de geneesmiddelen immers gekregen en kan daardoor een nadrukkelijke bijdrage leveren bij het bepalen of een uitgifte al dan niet heeft plaatsgevonden. Het is voor de consument mogelijk wel lastig om te beoordelen of de prestatie zoals gefactureerd ook de prestatie is die door de apotheker is geleverd.

7.5.3 Zorgverzekeraar

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het inkopen van gepaste zorg alsmede het controleren of de geleverde zorg ook gepast is geweest en aansluit bij de inkoopafspraken. Een samenwerking tussen beide is essentieel voor zowel een effectieve inkoop als een krachtige controle.

Binnen de farmacie hebben verzekeraars veel aandacht voor inkoop. Hierbij hanteren ze het preferentiebeleid. Aan het einde van 7.4. staat een aanbeveling die relevant of voor toezicht uitgevoerd door de zorgverzekeraar en al dan niet in samenwerking met de verzekerde.
In hoofdstuk 3 wordt de aanbeveling gedaan richting IGZ om controle uit te voeren op de BIG registratie en toelatingen met bijbehorende AGB codes.

Aanbeveling aan zorgverzekeraars
Maak intern inzichtelijk welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd en met welke AGB-codes zij kunnen declareren. Hierdoor is duidelijk wat van deze aanbieders kan worden verwacht. Eis een verklaring of controleer als vreemde AGB-codes opduiken in declaraties.

8. Huisartsenzorg

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een systeembeschouwing van de huisartsenzorg. Hierbij kijken we naar het algehele bekostigingsstelsel, de onderlinge relaties tussen de verschillende bekostigingsaspecten en prikkels voor partijen op het gebied van fraude en/of ongepast gebruik.

8.1.1 Marktomschrijving

Huisartsengeneeskunde richt zich op de eerste aanpak van alle gezondheidsvragen en op het voorkomen, herkennen en behandelen van ziektes en gezondheidsproblemen voor zover mogelijk binnen de voorzieningen van de eerstelijn.

De basisverzekering vergoedt het overgrote deel van de kosten van de zorgverlening door huisartsen. Alle Nederlanders zijn wettelijk verplicht verzekerd voor het basispakket. Voor de huisartsenzorg geldt geen verplicht eigen risico. De totale uitgaven aan huisartsenzorg waren € 2.6 miljard[36] in 2011.

In 2006 is de mengvorm van het inschrijftarief en de consultbekostiging geïntroduceerd. Het abonnementstarief per ingeschreven patiënt dekt grofweg de vaste kosten van de gemiddelde huisartsenpraktijk, waarmee de beschikbaarheid van de huisarts voor ingeschreven patiënten gewaarborgd moet zijn. Het te declareren tarief per consult dekt grofweg de variabele kosten van de gemiddelde reguliere dienstverlening.

De hoogte van zowel het inschrijftarief als het consulttarief heeft de NZa gemaximeerd. De hoogte van het inschrijftarief kent een beperkte mogelijkheid tot differentiatie in zorgzwaarte op basis van leeftijd en de woonomgeving (achterstandswijken) van de ingeschreven patiënt. Daarnaast zijn een aantal aanvullende elementen in de bekostiging ingebouwd om zowel substitutie van tweede- naar eerstelijn als onderlinge samenwerking binnen de eerstelijn te bevorderen. Dit kreeg in de bekostiging een aantal verschillende uitwerkingen:

- Een limitatieve lijst van specifieke verrichtingen tegen een vrij tarief (de Modernisering & Innovatie-verrichtingenlijst, 13xxx-codes).
- De mogelijkheid om tegen een vrij tarief modules bovenop het inschrijftarief overeen te komen (M&I-modules, 14xxx-codes).
- De module Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ) kan bovenop het inschrijftarief in rekening worden gebracht. De extra module beloont (via) de huisarts voor coördinatie van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden binnen de eerste- en eventueel tweedelijn rondom de zorg voor chronisch zieken.
- In 2010 is de mogelijkheid gecreëerd om de zorg voor chronisch zieken in het kader van diabetes, COPD en Cardiovasculair risicomanagement conform de zorgstandaard integraal te bekostigen via een ketenprestatie. Deze prestatie omvat de werkzaamheden van de huisarts en praktijkondersteuner, maar ook die van de fysiotherapeut, diëtist, medisch specialist en andere professionals. Deze bekostiging is dus niet binnen, maar naast de huisartsenbekostiging gezet.

[36] Marktscan Huisartsenzorg, weergave van de markt tot en met 2011, www.nza.nl.

Voor al deze aanvullende bekostigingsaspecten moet er een overeenkomst met de zorgverzekeraar zijn om een declaratie in rekening te brengen. Tabel 1 geeft een niet uitputtend overzicht van de verschillende type prestaties in de huisartsenzorg.

Tabel 8.1. Bekostiging huisartsenzorg

Onderdelen		Declaratie per	Tarief	Contract verzekeraar vereist
Inschrijftarief		Ingeschrevene	Max	Nee[37]
Consult	Bij huisarts	Tijdseenheid	Max	Nee
	Bij huisarts ANW			
	Per visite			
	Per visite ANW			
	Telefonisch			
	Per email			
POH-consult		Tijdseenheid	Max	Nee
Module POH (somatiek en GGZ)		Ingeschrevene	Max	Ja
M&I verrichtingen (13xxx codes)		Verrichting	Vrij	Ja
Module M&I (14xxx codes)		Ingeschrevene	Vrij	Ja
Keten-DBC		Patiënt	Vrij	Ja

Bron: NZa

Huisartsenzorg wordt via een aantal verschillende organisatorische verbanden geleverd:

Huisartsenpraktijken
Huisartsenpraktijken ontwikkelen zich steeds meer tot organisatorische verbanden waarin een team van huisartsen, praktijkondersteuners (POH-ers), praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en doktersassistentes zorgdraagt voor de huisartsgeneeskundige zorg. Een huisarts kan met collega's de dienstregeling in de avond- nacht en weekenduren invullen, maar kan er ook voor kiezen om de zorgverlening te laten verlopen via een huisartsenpost.

Huisartsenposten
Huisartsenposten bieden in de avond- nacht en weekenduren medische zorg die niet kan wachten tot de volgende werkdag. In totaal zijn er ongeveer 130 huisartsenposten georganiseerd in 51 verschillende rechtspersonen.

Apotheekhoudende huisartsen
De apotheekvergunning is bedoeld voor huisartsen die patiënten hebben in een gebied waar geen apotheker is gevestigd. Apotheekhoudende huisartsen zijn vooral gevestigd in meer landelijke gebieden.

Zorggroepen
Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders zijn verenigd. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van het ketendiagnosebehandelingcombinatie (keten-DBC) contract bedoeld en niet het team van zorgverleners dat de feitelijke zorg verleent.

[37] Voor de differentiatie in zorgzwaarte (leeftijdstoeslag en toeslag achterstandswijken) is een overeenkomst met de zorgverzekeraar wel vereist.

8.1.2 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht. In paragraaf 2 wordt ingegaan op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang tot huisartsenzorg. Paragraaf 3 schetst frauderisico’s rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt het toezicht binnen de keten en op de gehele zorgketen.

8.2 Toegang

In de vorige paragraaf is een algemeen beeld geschetst van de huisartsenzorg. In deze paragraaf zoomen we in op de frauderisico’s en vormen van ongepast gebruik rondom de toegang tot deze zorgmarkt. Het betreft de volgende risico’s:
- het inschrijftarief
- AWBZ opnames
- niet geleverde zorg
- zorginkoop

8.2.1 Inschrijftarief

Consumenten kiezen voor een huisarts en schrijven zich in bij een praktijk. De praktijk moet vanwege de eisen voor spoedzorg binnen 20 minuten van je huis liggen. Dat perkt de keuze voor een praktijk aanzienlijk in. Verzekeraars sluiten met vrijwel alle huisartsen een contract. Er is nauwelijks sprake van selectieve inkoop. In die zin verdeelt het inschrijftarief de markt op voorhand volledig, wat bijvoorbeeld de mogelijkheden op het gebied van nieuwe toetreding inperkt.

De huisarts declareert het inschrijftarief aan het begin van elk kwartaal. Aan dit inschrijftarief kleven twee typen frauderisico’s.

Enerzijds is het mogelijk dat de huisarts het inschrijftarief nog declareert, terwijl de consument verhuisd is naar een andere huisarts. Dit zien wij terug in de signalen die wij ontvangen.

Anderzijds komt het voor dat onterechte toeslagen op het inschrijftarief in rekening worden gebracht. Bijvoorbeeld een declaratie van het inschrijftarief voor ingeschrevenen in achterstandswijken, terwijl de betreffende consument daar niet woonachtig is. Een ander voorbeeld is het onterecht in rekening brengen van een inschrijftarief voor iemand boven de 64 of 74 jaar oud.

8.2.2 AWBZ-opnames

Op het moment dat een patiënt een AWBZ-indicatie ontvangt van het CIZ, mag de huisarts een aantal bijzonderheden in rekening brengen. De huisarts wordt hier vaak onvoldoende over geïnformeerd, wat kan leiden tot onderbetalingen. Op het moment dat een indicatie leidt tot een behandeling inclusief verblijf, mag de huisarts geen inschrijftarieven meer in rekening brengen. Het komt echter voor dat de huisarts toch inschrijftarieven in rekening blijft brengen bij een patiënt met een verblijfindicatie. Dit leidt tot dubbele financiering ten laste van de Zvw en van de AWBZ.

Aanbeveling aan verzekeraars Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door datamining) uit op het inschrijftarief, zowel op aantal declareerde inschrijvingen en toeslagen als combinaties met de AWBZ-opnames.

8.2.3 Niet geleverde zorg

De huisartsenzorg is makkelijk toegankelijk, wat aansluit bij de poortwachtersfunctie die de huisarts is toebedeeld. De consument hoeft zelf geen eigen betalingen of eigen bijdragen te betalen voor de huisartsenzorg. Hierdoor heeft de consument geen overzicht van de kosten die de huisarts bij de zorgverzekeraar in rekening brengt. Via het inschrijfsysteem is er op voorhand al een patiënt-behandelaar relatie. Hierdoor is het mogelijk dat de huisarts prestaties in rekening brengt bij consumenten in zijn klantenbestand, die feitelijk nooit zijn langs geweest. De consument heeft geen belang of informatie om dit te controleren, en de verzekeraar heeft hiervoor weinig instrumenten in handen.

Tabel 8.2. Spookzorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het in rekening brengen van niet-geleverde zorg aan ingeschreven patiënten.	Een huisarts brengt jaarlijks bij al zijn ingeschreven consumenten standaard een consult in rekening zonder dat de consument daadwerkelijk bij de huisarts is geweest.

Bron: NZa

Aanbeveling aan verzekeraars Stuur van de huisartsenzorg een in heldere taal gespecificeerd rekeningoverzicht aan consumenten. Vraag consumenten om te bevestigen of zij a) geweest zijn bij de zorgaanbieder en b) de zorg hebben ontvangen die in rekening is gebracht.

8.2.4 Zorginkoop

In de huisartsenzorg kopen zorgverzekeraars niet of nauwelijks selectief in. Alle aanbieders worden gecontracteerd, waarbij de reguliere basiszorg tegen het maximumtarief wordt ingekocht. De prestaties in de vrije sector kennen wel enige differentiatie in het inkooptarief, maar ook hier wordt niet kritisch ingekocht. Verzekeraars lijken liever wat extra in de eerstelijn te betalen dan dat de poortwachterspositie onder druk komt te staan.

De kosten voor de eerstelijnszorg komen sinds 2008 in het vereveningssysteem voor 100% ten laste van de zorgverzekeraar. De consument heeft een prikkel om zoveel mogelijk via huisartsenzorg te laten verlopen, omdat het eigen risico en de eigen bijdragen hier niet gelden. De consument betaalt vrijwel nooit zelf voor de huisartsenzorg en heeft hierin ook weinig inzicht.

De huisarts heeft ook een doorverwijzende rol. Het kan zijn dat te veel naar de tweedelijn (omgekeerde substitutie) wordt doorverwezen op het moment dat de verrichtingentarieven in de eerstelijn te laag zijn. De zorgverzekeraar kan hier op toe zien door het doorverwijsgedrag van huisartsen tegen elkaar af te zetten.

8.3 Zorglevering

Ook in de fase van zorglevering zijn er verschillende frauderisico's te benoemen. Deze risico's zien met name op het leveren van ondoelmatige zorg. Het ondoelmatig leveren van zorg kan zowel ontstaan doordat een huisarts zelf meer zorg levert dan op basis van medische noodzaak passend is, als dat een huisarts onnodig veel doorverwijst waardoor de patiënt bij andere aanbieder meer zorg consumeert dan noodzaak passend is.

Tabel 8.3. Ongepast gebruik

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Overbehandeling: het vaker dan nodig leveren van een consult.	Een huisarts heeft een aantal patiënten die elke week langs komen voor een consult. De huisarts voert deze consulten ook daadwerkelijk uit, maar er is eigenlijk geen medische noodzaak voor deze consulten. Het betreft hier ondoelmatige zorg.
Overbehandeling: het vaker doorverwijzen dan nodig.	Een huisarts verwijst al zijn patiënten door naar de apotheek. Zij nemen daar geneesmiddelen af. Het was echter niet nodig dat alle patiënten geneesmiddelen ontvingen. Ook hier is sprake van ondoelmatige zorg, ofwel verspilling van zorggelden.

Bron: NZa

8.4 Bekostiging en financiering

De meeste risico's op fraude komen terug onder bekostiging en financiering. We beschrijven de volgende risico's:
- Het in rekening brengen van een duurdere prestatie dan daadwerkelijk geleverd (upcoding).
- Het op verschillende manieren in rekening brengen van geleverde zorg (dubbele bekostiging).
- Het onterecht in rekening brengen van toeslagen (spookzorg).

8.4.1 Het in rekening brengen van een duurdere prestatie

Het is mogelijk om een duurdere, meer uitgebreide behandeling in rekening te brengen dan daadwerkelijk geleverd. In deze situatie hebben we het over upcoding. Er zijn verschillende mogelijkheden om dit te doen.
Allereerst is het mogelijk om een variant van een prestatie in rekening te brengen die langer duurt en een hogere vergoeding kent. Daarnaast kan een huisarts ook een andere prestatie in rekening brengen dan er daadwerkelijk geleverd is.

Tabel 8.4. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het in rekening brengen van een meer uitgebreide prestatie dan geleverd (upcoding).	Een patiënt komt bij de huisarts en krijgt een regulier consult. De huisarts plant standaard patiëntenstromen van 10 minuten in, maar het consult loopt enkele minuten uit. De arts declareert een langdurend consult. De NZa heeft de grens tussen een kortdurend en langdurend consult echter op 20 minuten

	gesteld.
Het in rekening brengen van een meer uitgebreide prestatie dan geleverd (upcoding).	Een patiënt komt bij de huisarts voor de verwijdering van een kleine wrat. De huisarts declareert een M&I chirurgie. Dit is niet toegestaan.
Het in rekening brengen van een andere prestatie dan geleverd (upcoding).	Een huisarts kan de M&I-verrichting 'reizigersadvisering' declareren, terwijl de patiënt alleen vraagt om herhaalmedicatie voor malariamedicatie en geen uitgebreid advies krijgt.
Het in rekening brengen van een andere prestatie dan geleverd (upcoding).	Het kan voorkomen dat huisartsen bij simpele vragen aan de assistent telefonische of emailconsulten rekenen, Dit is geen 'vervanger van spreekuurconsult'.
Het in rekening brengen van een andere prestatie dan geleverd (upcoding).	Het is met ingang van 2010 niet meer toegestaan een herhaalrecept apart te declareren. De vergoeding hiervoor is opgenomen in andere prestatie. Het kan echter zo zijn dat een huisarts bij het verstrekken van een herhaalrecept toch een prestatie in rekening brengt, bijvoorbeeld een telefonisch consult, om zo hetzelfde bedrag vergoed te krijgen wat hij eerder ook al vergoed kreeg.

Bron: NZa

Aanbevelingen aan verzekeraars
Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door *datamining*) uit naar de upcodingsmogelijkheden in de huisartsenzorg. Breng afwijkende declaratiepatronen bij zorgaanbieders aan het licht en vraag om een toelichting.

8.4.2 Dubbele bekostiging

Naast het risico op het in rekening brengen van een duurdere prestatie bestaat er tevens het risico dat een prestatie meerdere keren in rekening wordt gebracht.

De meest basale manier om dit te doen is om bij één consument ten onrechte meerdere consulten in rekening te brengen terwijl feitelijk sprake is van één patiëntencontact. Dit is niet toegestaan, ook niet op het moment dat in één consult meerdere zorgvragen worden behandeld. De NZa ontvangt signalen dat bij patiënten die in een consult meerdere zorgvragen voorleggen aan de huisarts dan ook meerdere prestaties in rekening gebracht worden. Ook komt het voor dat bij een zorgvraag van een kind ook voor de moeder een consultprestatie in rekening gebracht wordt.

Naast het dubbel declareren van dezelfde prestatie kan geleverde zorg ook op verschillende manieren in rekening worden gebracht. De combinatie tussen de M&I-verrichtingen en de consultprestaties is een belangrijk aandachtspunt op het gebied van zorgfraude.

Ook in de ketenzorg kunnen huisartsen dezelfde behandeling op meerdere manieren declareren. Ketenzorg draagt bij aan een multidisciplinaire aanpak. Het risico is tegelijkertijd dat bepaalde zorg via meerdere routes wordt gefinancierd. Zo kan het voorkomen dat bij eenzelfde diagnose de zorg geleverd wordt via drie verschillende routes:
- via een regulier consult
- via een M&I verrichting
- via een keten DBC

De NZa ontvangt signalen dat naast het ketentarief ook consulten of POH-inzet in rekening wordt gebracht.

Aan de declaratie van een M&I-verrichting en een keten DBC ligt een afspraak met de zorgverzekeraar ten grondslag. Het is dan ook aan de verzekeraar om te bewaken dat zorg niet via verschillende routes dubbel gedeclareerd wordt. Zo zal een verzekeraar niet snel de M&I-verrichting voor diabeteszorg of COPD contracteren en tegelijkertijd een ketenafspraak maken over diabetes of COPD bij dezelfde huisarts of huisartsenpraktijk. Dit werkt dubbele bekostiging van eenmaal geleverde zorg namelijk in de hand.

Het belangrijkste risico bij ketenzorg is de declaratie van separate verrichtingen of consulten voor zorg die ook via de ketenprestatie is ingekocht door de zorgverzekeraar. Daarnaast ontvangt de NZa het signaal dat het ketentarief voor meer patiënten wordt gedeclareerd dan die gediagnosticeerd zijn.

Het bestaan van verschillende prestatielijsten en verschillende behandelaars, praktijkondersteuners en ketenpartners, dragen er aan bij dat het mogelijk is om geleverde zorg op meerdere manieren te declareren.

Tabel 8.5. Dubbele bekostiging

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het in rekening brengen van meer prestaties dan geleverd (dubbele bekostiging).	Een huisarts kan bij één consument ten onrechte meerdere consulten in rekening brengen terwijl feitelijk sprake is van één patiëntencontact. Dit is niet toegestaan, ook niet op het moment dat er in één consult meerdere zorgvragen worden behandeld.
Het in rekening brengen van meer prestaties dan geleverd (dubbele bekostiging).	Een huisarts kan bij één consument ten onrechte zowel een consult als een M&I-verrichting in rekening brengen terwijl feitelijk sprake is van één patiëntencontact. Dit is niet toegestaan, aangezien het consult verdisconteerd zit in het tarief van de M&I-verrichting. In feite wordt op dat moment de eenmaal geleverde zorg dubbel gedeclareerd.
Het op meerdere manieren in rekening brengen van ketenzorg (dubbele bekostiging).	Een patiënt komt voor een regulier contact binnen de diabetes keten-DBC bij de huisarts. De huisarts declareert deze zorg vervolgens zowel als onderdeel van de keten-DBC als dat hij een M&I verrichting in rekening brengt.

Bron: NZa

Aanbeveling aan de NZa
Voer een nieuwe bekostiging voor huisartsenzorg in die minder gevoelig is en prikkels bevat voor dubbele bekostiging door geen verschillende systemen naast elkaar te laten bestaan.

8.4.3 Het onterecht in rekening brengen van toeslagen

Een huisarts mag voor bepaalde vormen van zorg een toeslag in rekening brengen. Het voorbeeld van de het verhoogde inschrijftarief voor patiënten boven de 64 en 74 is evenals de achterstandswijken al benoemd eerder in dit hoofdstuk.

Daarnaast mag een huisarts ook een toeslag in rekening brengen voor zorg geleverd in de avond, de nacht of het weekend. De tarieven voor huisartsenzorg in de avond, de nacht of het weekend zijn over het algemeen hoger. Dit geeft de prikkel voor huisartsen om zorg in rekening te brengen tegen dit ANW-tarief, terwijl feitelijk geen sprake was van ANW-zorg. In tabel 4 noemen we hier een aantal voorbeelden van.

Tabel 8.6. Spookzorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het onterecht in rekening brengen van een ANW-toeslag (spookzorg).	In rekening brengen van ANW-tarief aan de randen van de overgang van reguliere zorg naar ANW. Bijvoorbeeld een huisartsenpraktijk die tot 18.00 uur open is, maar de zorg vanaf 17.00 als ANW in rekening brengt.
Het onterecht in rekening brengen van een ANW-toeslag (spookzorg).	Het in rekening brengen van een ANW-tarief voor een regulier avondspreekuur.
Het onterecht in rekening brengen van een ANW-toeslag (spookzorg).	In rekening brengen van ANW overdag op niet erkende feestdagen, zoals carnaval.

Bron: NZa

Aanbeveling aan verzekeraars
Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld. door *datamining*) uit op spookzorg, bijvoorbeeld het onterecht in rekening brengen van ANW-toeslagen.

8.5 Toezicht

Het gegeven dat de huisartsenzorg voor een belangrijk deel bestaat uit consulten, maakt het lastig voor de verzekeraar om te controleren welke zorg geleverd is. De consument heeft geen directe financiële prikkel en ziet nauwelijks informatie om deze controlerol in te vullen. De consument ontvangt normaliter geen nota van het doktersbezoek ter controle[38].

Bekend is dat een aantal zorgverzekeraars soms grofmazige controleregels hanteren, waardoor declaraties onterecht worden afgewezen. Bijvoorbeeld het declareren van meerdere contacten op één dag. Soms kan dit heel valide zijn en een terechte declaratie betreffen, namelijk omdat de patiënt met twee verschillende zorgvragen op twee verschillende tijdstippen op dezelfde dag bij de huisarts terecht komt.

[38] De consument kan wel via het digitale netwerk van de zorgverzekeraar zijn zorgverbruik in de gaten houden.

Bij een grofmazige wijze van controleren komen deze declaraties niet door de controle van de verzekeraar. Die keuren deze situaties gemakshalve allemaal automatisch af. Gevolg is dat huisartsen de geleverde zorg op andere manieren gaan declareren, bijvoorbeeld door één lang consult te declareren of door een van de consulten op de volgende dag te schrijven. Verkeerd declaratiegedrag komt in dat geval voort uit onterechte afwijzingen van verzekeraars. De mogelijkheden van fijnmazige controles lijken op dit moment echter beperkt, vanwege het feit dat de consultprestatie het karakter heeft van een lege huls.

Op de kwaliteit van de geleverde zorg voert de IGZ toezicht uit. De zorgverzekeraar voert materiële controles uit. Hierbij ligt de aandacht op de vraag of sprake is van een rechtmatige declaratie. Tevens worden huisartsen in toenemende mate met elkaar vergeleken via benchmarks.

9. Mondzorg

9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een systeembeschouwing van de mondzorg. Hierbij kijken wij naar het algehele bekostigingsstelsel, de onderlinge relaties tussen de verschillende bekostigingsaspecten en prikkels voor partijen op het gebied van fraude en ongepast gebruik.

9.1.1 Marktomschrijving

Voordat we ingaan op de fraudeaspecten geven we een algemeen beeld[39] van de mondzorg. Mondzorg is gericht op het gezond houden van de mond en de omliggende weefsels, waarbij aandacht is voor het niveau van individuele functioneren en het niveau van het sociaal en maatschappelijk participeren.[40] Mondzorg bestaat uit zowel preventieve als curatieve handelingen.

Welke zorgprestaties een zorgverlener in rekening mag brengen bij de consument dan wel diens verzekeraar staat omschreven in de regelgeving van de NZa.

Mondzorg wordt geleverd door tandartsen algemeen practici[41], mondhygiënisten, tandprothetici, orthodontisten (tandartsspecialisten in de dentomaxillaire orthopaedie) en kaakchirurgen (tandartsspecialisten in de mondziekten en kaakchirurgie)[42]. De kaakchirurgie valt voor wat betreft de regelgeving onder de medisch specialistische zorg. De genoemde aanbieders worden geassisteerd door meerdere typen assistenten, zoals tandartsassistenten en preventieassistenten.

In 2012 gaf 78,5% van de Nederlandse bevolking aan minimaal 1 keer contact te hebben gehad met zijn tandarts[43]. Hiervan betrof 4,9% acute pijnklachten en 63,5% controles door de tandarts. De meest voorkomende soort behandeling was 'controle' (44,2%) gevolgd door verwijderen tandsteen (20,6%) en het vullen van een kies (13,1%)[44]. Bij de jeugd zijn behandelingen vooral preventief van aard, bijvoorbeeld het uitvoeren van fluoride-applicaties en sealants[45].

---

[39] Voor een uitgebreid beeld zie de marktscan mondzorg 2012 http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_mondzorg_december.pdf.
[40] Gezondheidsraad, (2012). Advies: 'De mondzorg van morgen'.
[41] De tandarts kan zich differentiëren op het gebied van de implantologie, parodontologie, endodontologie, pedodontologie en gnathologie. Verder kunnen aanbieders zich bijvoorbeeld verdiepen in de gebieden maxillo-faciale prothetiek, angstbegeleiding en geriatrische tandheelkunde.
[42] KPMG. (2002). De markt voor mondzorg.
[43] Contacten met de mondhygiënist, orthodontist en kaakchirurg tellen niet mee.
[44] http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81027NED&D1=a&D2=0-2&D3=0&D4=l&HD=110912-1014&HDR=G3,G2,G1&STB=T.
[45] http://www.nationaalkompas.nl/zorg/eerstelijnszorg/mondzorg/hoe-groot-is-het-gebruik-en-waaruit-bestaat-het/ (d.d. 04-05-2012).

De uitgaven aan mondzorg geleverd in tandartspraktijken[46] waren in 2007 2,22 miljard euro. In 2012 bedroegen deze 2,86 miljard euro[47]. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) bedroeg in 2012 63,1 miljard euro.

Na een experiment met vrije tarieven in de mondzorg in 2012, reguleert de NZa de tarieven weer sinds 2013. De oude prestaties van voor 2012 gelden weer, met uitzondering van de orthodontie, die werkt met de nieuwe prestaties.

Voor jongeren tot 18 jaar valt bijna alle mondzorg onder de basisverzekering. Een uitzondering hierop is bijvoorbeeld orthodontie. Voor volwassenen valt het merendeel van de mondzorg, op enkele specifieke verrichtingen na, niet onder de basisverzekering. Men kan zich aanvullend verzekeren voor mondzorg. In 2012 was 68% van de bevolking hiervoor aanvullend verzekerd.

9.1.2 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht. In paragraaf 2 wordt ingegaan op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang en ingang van de mondzorg. Paragraaf 3 schetst frauderisico’s rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt het toezicht binnen de keten en op de gehele zorgketen.

9.2 Toegang

In deze paragraaf zoomen we in op de frauderisico’s rondom de toegang tot deze zorgmarkt. Mondzorg kan planbaar of acuut zijn. Voor planbare zorg kun je terecht bij je eigen tandarts[48]. De meeste mensen staan ingeschreven bij een tandarts en worden periodiek gecontroleerd. Uit deze preventieve contacten kunnen vervolgens ook curatieve contacten ontstaan zoals het trekken van een kies of een wortelkanaalbehandeling. Daarnaast kan er acute behoefte zijn aan een tandarts. Men kan dan bij de eigen tandarts terecht of bij de achtervang wanneer het acute zorg in de avonduren of het weekend betreft.

Om naar de tandarts te gaan is geen verwijzing van een andere zorgverlener nodig. Omdat tandartsen een maximum stellen aan het aantal ingeschreven patiënten kan het echter wel zo zijn dat men aan bepaalde eisen moet voldoen om bij een tandarts ingeschreven te worden. De meest gestelde eis is dat er al een familielid ingeschreven moet staan bij de tandarts. Daarnaast zijn ook woonplaats en verwijzing door een collega veel gestelde eisen.

Voor bepaalde behandelingen is het nodig om vooraf toestemming te krijgen voor de behandeling om voor een vergoeding in aanmerking te komen. Het betreft hier een indicatie (I) of machtiging (M). Voorbeelden

---

[46] Deze zorg omvat: preventie; diagnostiek; restauratieve hulp; prothetische hulp; orthodontische hulp en chirurgische hulp in de eerstelijn voor zowel het verzekerde als onverzekerde deel.

[47] http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71914NED&D1=0-23,37-45&D2=9-l&HD=101210-0925&HDR=G1&STB=T.

[48] In dit hoofdstuk zal veelal worden gesproken over de tandarts in plaats van de aanbieder van mondzorg. In plaats van tandarts kunnen hier ook de andere beroepen die worden genoemd in de paragraaf marktomschrijving worden bedoeld.

hiervan zijn foto's of OPG's (I), dure ingrepen (M), implantologie (I), Osteomie (I), gebitsaanpassing vanwege MRA en maximaal bedrag techniekkosten (M). Het risico bestaat dat bij het ontbreken van een indicatie of machtiging patiënten deze zorg toch geleverd en vervolgens vergoed krijgen. In dat geval wordt er mogelijk in een later stadium alsnog geregeld dat er een indicatie of machtiging wordt vermeld omwille van het vergoed kunnen krijgen van de geleverde zorg. Dit ondermijnt het mechanisme waarin men vooraf beoordeelt of bepaalde zorg nodig is.

Tabel 9.1. Machtiging

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het leveren van zorg terwijl de machtiging ontbreekt.	Een patiënt komt bij de tandarts voor implantologie. Er is hiervoor geen indicatie gesteld. Na behandeling wordt echter ingevuld dat deze indicatie er wel was zodat de zorg alsnog wordt vergoed.

Bron: NZa

9.3 Zorglevering

Ook in de fase van zorglevering zijn er risico's te benoemen. Deze risico's hebben betrekking op ongepast gebruik, het leveren van zorg die niet nodig is.

Voor een aandoening in de mond bestaan verschillende oplossingen afhankelijk van de ernst van de aandoening. Een tandarts kan ongeacht de ernst van de aandoening ervoor kiezen vaker de meer uitgebreide, en dus duurdere, zorg te leveren. Daarnaast is er met name in het preventieve deel van de mondzorg ook een prikkel om vaker zorg te leveren dan nodig.

Tabel 9.2. Ongepast gebruik

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Overbehandeling: Het leveren van meer uitgebreide/duurdere zorg dan nodig.	Een patiënt komt bij de tandarts vanwege tandbederf. Gezien de ernst hiervan kan de tandarts volstaan met een tweevlaksvulling. De tandarts kiest er echter voor een kroon te plaatsen. De tandarts lost hiermee het probleem op, maar levert duurdere zorg dan nodig is.
Het vaker leveren van zorg dan nodig.	Voor een goede controle van het gebit maken tandartsen ongeveer elke 2 jaar een röntgenfoto. Bij een patiënt worden echter elk jaar röntgenfoto's genomen, zonder dat de gezondheid van het gebit daar aanleiding toe geeft.

Bron: NZa

9.4 Bekostiging en financiering

De meeste frauderisico's in de mondzorg komen terug onder de noemer bekostiging en financiering. Hierbij kan de basis voor het risico al liggen in de zorglevering of de toegang. In deze paragraaf beschrijven we de volgende risico's:

- Het in rekening brengen van een behandeling die (deels) niet heeft plaatsgevonden.
- Het declareren van een duurdere, meer uitgebreide behandeling dan de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling.

- Het meerdere malen indienen van eenzelfde rekening (door aanbieder, patiënt en/of factoringmaatschappij).
- Op naam van een andere patiënt declareren omwille van een vergoeding.
- Het knippen van de factuur zodat er meer inkomsten worden gegenereerd door de aanbieder en/of er meer wordt vergoed aan de patiënt.

9.4.1 Behandelingen die (deels) niet hebben plaatsgevonden

Het in rekening brengen van zorg die (deels) niet is geleverd is een vorm van fraude die in elke zorgmarkt voor kan komen.[49] Binnen de mondzorg wordt er echter onderscheid gemaakt tussen zorg die valt onder de basisverzekering en zorg die hier niet onder valt. Dit onderscheid lijkt ook gevolgen te hebben voor de wijze waarop deze vorm van fraude gepleegd kan worden.

Als een patiënt geen aanvullende verzekering heeft of slechts een gedeeltelijke vergoeding krijgt in zijn aanvullende verzekering, krijgt hij de factuur te zien. Voor zorg die niet onder de basisverzekering valt heeft de patiënt een direct financieel belang om te controleren of die factuur wel klopt. Dit beperkt het risico op fraude.

Binnen de basisverzekering en daar waar de aanvullende verzekering volledig vergoedt, ontbreekt deze controle voor een deel. Het grootste deel van de rekeningen stuurt de tandarts rechtstreeks aan de verzekeraar.

Mogelijk betaalt een volwassene nog een eigen bijdrage, maar kinderen zijn hiervan in ieder geval vrijgesteld. Soms kan het zijn dat de patiënt ook de rekening ontvangt van aanbieder of verzekeraar. In dat geval is controle nog mogelijk. Maar er zijn ook patiënten die deze rekening nooit voor ogen krijgen. Het risico op het in rekening brengen van zorg die (deels) niet geleverd is, is daarmee het grootst binnen de basisverzekering daar waar de tandarts de rekening direct naar de zorgverzekeraar stuurt en deze volledig vergoedt binnen de aanvullende verzekering.

Tabel 9.3. Spookzorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het in rekening brengen van zorg die niet geleverd is (spookzorg).	Een patiënt komt bij de tandarts voor het trekken van een tand. Naast het in rekening brengen van het trekken van deze tand stuurt de tandarts nog 3 facturen, elk op een andere datum, voor het trekken van tanden bij hetzelfde kind. Deze zorg is echter nooit geleverd.
Het in rekening brengen van zorg die deels niet geleverd is (spookzorg).	Een patiënt komt bij de tandarts. De tandarts voert enkel een controle uit. Hij brengt vervolgens zowel een controle als het verwijderen van tandsteen in rekening bij de zorgverzekeraar.

Bron: NZa

[49] De NZa is er in gesprek met branchepartijen op gewezen dat het binnen de mondzorg voorkomt dat een tandarts een behandeling uitvoert die (nog) niet beschreven is in een prestatie. In dat geval zal een tandarts kiezen voor een behandeling die er op lijkt om zo de geleverde zorg toch in rekening te kunnen brengen. De NZa herkent deze handelswijze. Zij richt zich in haar risicoanalyse echter op al bestaande behandelingen en prestaties.

9.4.2 Het declareren van duurdere behandelingen

In navolging van de vorige voorbeelden is het ook mogelijk om een duurdere, meer uitgebreide behandeling dan de daadwerkelijk uitgevoerde behandeling in rekening te brengen.

Deze vorm van fraude kan voorkomen binnen de mondzorg omdat er een aantal prestaties zijn met verschillende gradaties. Zo zijn er bijvoorbeeld vullingen in oplopende gradaties (één-, twee en drievlaksvullingen). Een ander voorbeeld is de wortelkanaalbehandeling met 1, 2, 3, of 4 kanalen waarbij de prijs varieert van € 97 voor de goedkoopste tot € 227 voor de duurste variant.

Het controleren van een declaratie van een duurdere behandeling is lastig voor een patiënt. Het is voor een patiënt duidelijk wanneer er een declaratie wordt ingediend terwijl er geen enkele vorm van zorg heeft plaatsgevonden. Het is echter een stuk lastiger om te kunnen beoordelen of de tandarts in de mond bezig is geweest met het aanbrengen van een één- of een drievlaksvulling.

Tabel 9.4. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het declareren van duurdere behandelingen (upcoding).	Een patiënt komt bij de tandarts voor een vulling. Hij krijgt een éénvlaksvulling. De tandarts brengt echter een drievlaksvulling in rekening.
Het declareren van duurdere behandelingen (upcoding).	Bij een reguliere controle verwijdert een tandarts tandsteen. Ongeacht de hoeveelheid tandsteen brengt deze tandarts altijd de prestatie gebitsreiniging uitgebreid in rekening. Hij zou echter bij het beperkt aanwezig zijn van tandsteen de prestatie gebitsreiniging beperkt in rekening moeten brengen.

Bron: NZa

Aanbeveling aan verzekeraars
Stuur van alle zorg een in heldere taal gespecificeerd rekeningoverzicht aan consumenten. Vraag consumenten om te bevestigen of zij a) geweest zijn bij de zorgaanbieder en b) de zorg hebben ontvangen die in rekening is gebracht.

9.4.3 Het meerdere malen indienen van dezelfde factuur

In de mondzorg zijn er verschillende manieren waarop de aanbieder betaald wordt voor zijn geleverde dienst.
- Een aanbieder kan de patiënt vragen de gehele factuur te voldoen. Vervolgens kan de patiënt, indien verzekerd, deze factuur indienen bij de verzekeraar.
- Een aanbieder kan de factuur rechtstreeks aan de verzekeraar sturen. De verzekeraar vergoedt deze volledig en vraagt indien nodig een bijdrage van de patiënt.
- Een aanbieder kan de factuur rechtstreeks aan de verzekeraar sturen. De verzekeraar vergoedt deze op basis van de polisvoorwaarden en de aanbieder vraagt indien nodig een bijdrage van de patiënt.
- Een aanbieder kan de factuur doorgeven aan een factoringmaatschappij. Deze betaalt de aanbieder, waarbij een factoringmaatschappij een vergoeding krijgt voor het op zich nemen van het betalingsrisico en/of het afhandelen van de factuur. De factoringmaatschappij int de factuur vervolgens bij de verzekeraar en/of patiënt zoals onder 1 t/m 3 is beschreven.

Omdat er verschillende stromen zijn in het betalingsverkeer is het mogelijk dat dezelfde factuur door verschillende personen/organisaties wordt ingediend bij de verzekeraar. Er bestaat hierdoor een risico dat de factuur meer dan 1 keer wordt betaald.

Tabel 9.5. Dubbele claim

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het meerdere malen indienen van dezelfde factuur (dubbele claim).	Een tandarts brengt de geleverde zorg in rekening bij zijn patiënt. Deze betaalt en stuurt de factuur naar zijn verzekeraar. De aanbieder stuurt de factuur echter ook naar de verzekeraar. In principe zal op basis van de controle van de verzekeraar slechts 1 factuur worden betaald. En het is de bedoeling dat dit de door de patiënt ingediende factuur is. De tandarts handelt niet juist.
Het meerdere malen indienen van dezelfde factuur (dubbele claim).	Een tandarts factureert via een factoringmaatschappij. Hij heeft echter al maanden geen geld ontvangen vanwege de slechte financiële positie van de factoringmaatschappij. Daarom besluit de tandarts zijn facturen van de afgelopen drie maanden ook nog rechtstreeks bij de verzekeraar in rekening te brengen. Hier bestaat het risico dat dezelfde factuur twee keer wordt betaald.

Bron: NZa

9.4.4 Op naam van een andere patiënt declareren

Het kan, een behandeling niet in het (aanvullend) pakket zit, lonen dat een patiënt zich voordoet als iemand anders, zodat de verzekeraar de geleverde zorg vergoedt. Er is dan sprake van identiteitsfraude.

Tabel 9.6. Op naam van een andere patiënt

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Op naam van een andere patiënt declareren.	Een patiënt weet dat hij voor de behandeling die hij zal ondergaan zelf moet gaan betalen. Zijn neef is echter wel verzekerd en hij is maar 2 jaar jonger en lijkt veel op de patiënt. De patiënt neemt de zorgpas van zijn neef mee. De tandarts heeft dit niet in de gaten en brengt zo ongemerkt de zorg in rekening bij de verzekeraar op naam van de neef waardoor er onterecht wordt vergoed.
Op naam van een andere patiënt declareren.	Een patiënt moet een dure behandeling ondergaan die hij zelf moet betalen. Hij spreekt echter met zijn tandarts af dat de behandeling niet op zijn naam, maar op naam van zijn zoon van 12 wordt gedaan. Op deze wijze betaalt de patiënt zelf niets (de zorg valt immers onder de basisverzekering) en is de tandarts er zeker van dat de factuur voor de geleverde zorg wordt betaald (aangezien de verzekeraar naar verwachting eerder betaalt dan de patiënt).

Bron: NZa

9.4.5 Het knippen van de factuur

Tijdens een behandeling voert een tandarts soms meerdere prestaties uit. Als een tandarts meerdere malen dezelfde behandeling uitvoert in één zitting, dan kan het zo zijn dat het tarief voor de tweede en volgende behandeling lager is dan het tarief voor de eerste behandeling. Hierdoor kan het lonend zijn om de factuur te splitsen.

Tabel 9.7. Knippen van de factuur

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het splitsen van de factuur (opknippen).	Een patiënt komt bij de tandarts. Er moeten twee tanden worden getrokken. De eerste tand mag tegen een tarief van € 21 worden gefactureerd. De tweede tand mag tegen een tarief van € 16 worden gefactureerd. De tandarts besluit echter om de factuur te splitsen. Hij factureert alsof hij twee keer een eerste tand heeft getrokken op twee verschillende dagen. Hij factureert twee keer € 21.

Bron: NZa

Aanbeveling aan verzekeraars
Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld. door *datamining*) uit tegen dubbele bekostiging en opknippen. Gebruik daarnaast *datamining* om afwijkende declaratiepatronen bij zorgaanbieders op te sporen en vraag deze aanbieders om deze afwijking toe te lichten.

9.5 Toezicht

In de voorgaande paragrafen komen verschillende frauderisicogebieden terug. Binnen elke fase in de keten is er sprake van controle en toezicht. Daarnaast is er aan het eind van het traject toezicht over de gehele keten, op het moment dat een patiënt of aanbieder de declaratie indient. In deze paragraaf wordt gekeken naar het toezichtaspect voor alle partijen in de zorgketen. Hierbij wordt een indeling gehanteerd per partij die betrokken is geweest bij de zorg(inkoop). Daaromheen bevindt zich nog een aantal overheidspartijen, zoals de NZa, FIOD of het OM, die in het algemene hoofdstuk zijn benoemd.

9.5.1 Tandarts

Als het gaat om correct medisch handelen, houdt de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) toezicht op de individuele tandarts Dit ziet dus op de kwaliteit van de geleverde zorg en niet op de productdeclaratie.

9.5.2 Consument

Binnen de mondzorg wordt er onderscheid gemaakt tussen zorg die valt onder de basisverzekering en zorg die hier niet onder valt. Dit onderscheid lijkt ook gevolgen te hebben voor de mate waarin de consument zijn rekening kan controleren.

Bij zorg die niet onder de basisverzekering valt, betaalt de patiënt ofwel de gehele rekening zelf ofwel een deel van deze rekening wanneer hij aanvullend verzekerd is. Hiermee heeft de patiënt een direct financieel belang om te controleren of de zorg zoals deze wordt gefactureerd ook daadwerkelijk is geleverd. Door het zien van de rekening kan de patiënt

in ieder geval controleren of er überhaupt zorg is geleverd. Het is echter niet evident dat iedere consument ook de factuur begrijpt, daar de terminologie in de prestatiebeschrijvingen kennis van de sector vereist.

Binnen de basisverzekering ontbreekt deze controle voor een deel. Mondzorg onder de basisverzekering wordt in principe geheel vergoed door de verzekeraar en een groot deel van de rekeningen wordt door de aanbieder rechtstreeks aan de verzekeraar gestuurd. Het kan zo zijn dat een patiënt de factuur ontvangt van de aanbieder of de verzekeraar. In dat geval is controle nog mogelijk. Maar er zijn ook patiënten die deze rekening nooit voor ogen krijgen.

9.5.3 Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om aanbieders te controleren. Zij doen dit via de formele controle, de materiële controle en controle door fraudeteams waarin zij borgen dat:

- De door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd (‘rechtmatigheid’).
- En die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (‘doelmatigheid’).

Daarnaast zijn er ook zorgverzekeraars die de declaratiegegevens van verschillende tandartsen vergelijken om te kijken welke aanbieders bovengemiddelde kosten hebben. Op basis van deze analyses vragen zij vervolgens tandartsen om een uitleg. Een deel van deze tandartsen kan uitleggen waarom zij afwijken, maar er is ook een deel dat dit niet uit kan leggen en waarmee de zorgverzekeraar afspraken kan maken om het declaratiegedrag te veranderen.

10. Medisch specialistische zorg

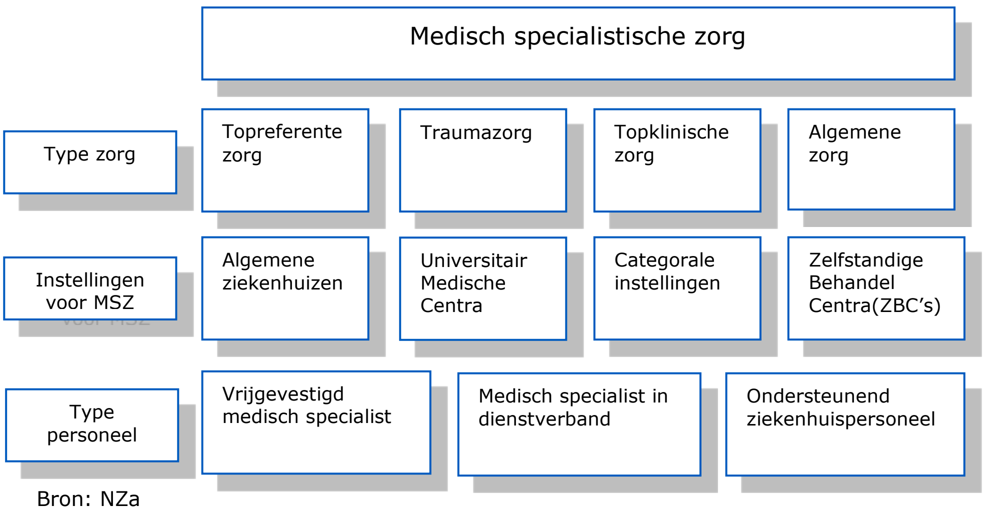
10.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een systeembeschouwing van de medisch specialistische zorg. Hierbij wordt gekeken naar het algehele bekostigingsstelsel, de onderlinge relaties tussen de verschillende bekostigingsaspecten en prikkels voor partijen op het gebied van fraude en ongepast gebruik.

10.1.1 Marktomschrijving

Voordat we ingaan op de fraudeaspecten geven we een algemeen beeld[50] van de (somatische) medisch specialistische zorg. De medisch specialistische zorg omvat medisch specialistische hulp – diagnostiek, behandeling en therapie – en daarmee samenhangende verpleging en verzorging aan patiënten.

Figuur 10.1. Medisch specialistische zorg



Bron: NZa

De algemene zorg wordt geleverd door alle ziekenhuizen, terwijl UMC's overwegend de topreferente en topklinische zorg uitvoeren. Naast de UMC's en algemene ziekenhuizen zijn er categorale instellingen die zich richten op speciale patiënten en ziekten. Bijvoorbeeld een revalidatiecentrum of dialysecentrum. ZBC's leveren zowel verzekerde als niet-verzekerde zorg, terwijl privéklinieken alleen niet-verzekerde zorg leveren. In de rest van dit onderzoek laten wij privéklinieken buiten beschouwing.

Ziekenhuizen declareren hun zorg in DBC-zorgproducten. De zorg is opgedeeld in een A- en een B-segment. In het A-segment stelt de NZa jaarlijks de tarieven vast, in het B-segment zijn de tarieven vrij. Het B-segment is in de loop der jaren steeds uitgebreid, nu beslaat het 70% procent van de ziekenhuisbandelingen.

Een DBC-tarief is opgebouwd uit een ziekenhuiskostendeel en een apart honorariumtarief voor medisch specialisten. De honorariumtarieven zijn

[50] Voor een nadere marktbeschrijving verwijzen we u naar de Marktscan Medisch specialistische zorg, weergave van de markt 2008-2012, www.nza.nl.

voor zowel het A- als het B-segment nog steeds gereguleerd. Als er sprake is van medisch specialisten in loondienst geldt het honorariumtarief als inkomsten voor de instelling.

Overgang van DBC naar DOT
Per 1 januari 2012 is het nieuwe declaratiesysteem voor medisch specialistische zorg, genaamd DOT, ingevoerd. Hierbij zijn de ruim 30.000 DBC's vervangen door 4.400 verbeterde DBC-zorgproducten.

Doordat er minder producten zijn, die ook nog eens specialisme-overstijgend zijn, hebben ziekenhuizen minder vrijheden in het declareren. Er zijn bovendien nieuwe, uniforme regels over het afsluiten van DBC's. De nieuwe verbeterde regels maken ook eenduidiger wanneer en onder welke voorwaarden zorgproducten gedeclareerd mogen worden. Het continu verbeteren van deze DBC-zorgproducten gaat ook in 2014 en 2015 door.

De medisch specialistische zorg is in 2012 overgegaan naar prestatiebekostiging. Daarvoor werkten ziekenhuizen nog met vaste budgetten. Om het invoeren van prestatiebekostiging geleidelijk te laten verlopen, is er een transitiemodel van twee jaar, waarin ziekenhuizen (deels) gecompenseerd worden voor het verschil tussen hun inkomsten bij prestatiebekostiging en bij een vast budget.

Vanaf 2012 zijn er voor een aantal vormen van zorg vaste vergoedingen vastgesteld omdat prestatiebekostiging zich voor deze zorg niet goed leent: beschikbaarheidsbijdragen. Het gaat om zorg die niet goed in tarieven te vatten is of waarvan de beschikbaarheid zo belangrijk is dat het niet aan de markt overgelaten kan worden, zoals gespecialiseerde brandwondenzorg of donoruitnameteams.

Er zijn de laatste jaren veel acties geweest om de uitgaven aan medisch specialistische zorg te beheersen. De minister heeft een generiek macrobeheersingsinstrument ingesteld, om een onverhoopte overschrijding van het macrokader te beheersen. Enerzijds dempt dat de uitgaven, anderzijds ervaart een individuele instelling nauwelijks prikkels om op gepaste wijze met groei om te gaan.

Zorgakkoorden en –convenanten
Met het invoeren van prestatiebekostiging is in 2011 ook het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (BHA) voor 2012-2015 ingevoerd. Dit akkoord is onder andere gesloten om de komende jaren de kostenontwikkeling in de medisch specialistische zorg te beheersen. Hierin staat opgenomen dat macro 2,5% groei mogelijk is uitgaande van een afgesproken basis. In het hoofdlijnenakkoord is een structurele uitgavengroei van 2,5% afgesproken exclusief loon- en prijsbijstelling.

In juli 2013 is een nieuw zorgakkoord gesloten waarin het groeipercentage van de zorguitgaven teruggebracht wordt tot 1,5% in 2014 en 1% per jaar van 2015 tot en met 2017. Deze afspraak is in breder verband over alle sectoren heen gemaakt met ziekenhuizen, medisch specialisten, GGZ, huisartsen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars.

Ook voor vrijgevestigd medisch specialisten is er een afspraak gemaakt tussen OMS, NVZ en VWS. In het convenant is een macrokader afgesproken voor de periode 2012-2014 voor vrijgevestigd medisch specialisten. Hieraan is een honorariumomzetplafond per instelling gekoppeld. Alle instellingen met vrijgevestigd medisch specialisten

kennen daardoor een omzetplafond voor medisch specialisten. Overschrijdingen moeten zij afdragen aan het zorgverzekeringsfonds.

10.1.2 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht. In paragraaf 2 gaan wij in op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang tot medisch specialistische zorg. Paragraaf 3 schetst frauderisico's rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt het toezicht binnen de keten en op de gehele zorgketen.

10.2 Toegang

In de vorige paragraaf is een algemeen beeld geschetst van de medisch specialistische zorg. In deze paragraaf zoomen we in op de frauderisico's rondom de toegang tot deze zorgmarkt en dan vooral de zorg die door verwijzing toegankelijk is, de electieve zorg.

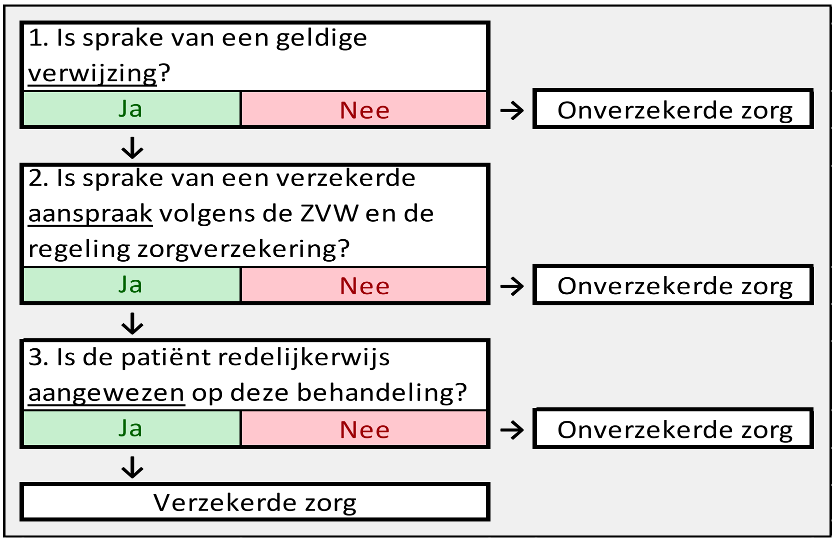
Voor medisch specialistische zorg, met uitzondering van de SEH, is een verwijzing nodig, meestal van een huisarts. Ook kan de patiënt vanuit een andere medisch specialist doorverwezen worden. Als een patiënt al onder behandeling is bij een medisch specialist, dan is een vervolgverwijzing van de huisarts niet meer nodig.

Directe toegang tot verzekerde zorg is alleen mogelijk als het gaat om een spoedeisende zorgvraag op de spoedeisende hulp (SEH), aangezien in dat geval geen verwijzing vereist is. Een zelfverwijzing buiten de SEH leidt tot onverzekerde zorg.

10.2.1 Onterechte vergoeding verzekeraar

Het in rekening brengen van onverzekerde zorg als verzekerde zorg is een belangrijk thema bij zorgfraude. Op hoofdlijnen zijn er drie factoren die bepalen of een consument al dan niet toegang heeft tot verzekerde zorg. Onderstaand stroomschema geeft dit grafisch weer. In deze paragraaf worden de frauderisico's rondom dit thema beschreven.

Figuur 10.2. Verzekerde zorg



Bron: NZa

De zorgaanbieder is op basis van de regelgeving van de NZa per 2012 verplicht om op de declaratie het type verwijzer en de AGB-code van de verwijzer te vermelden, zodat de verzekeraar aan de declaratie kan zien of sprake is van een correcte verwijzing. Hieruit kunnen de volgende twee situaties worden afgeleid waarin de zorgverzekeraar niet tot betaling dient over te gaan:

1. Ziekenhuis registreert helemaal geen verwijzer op de nota.
Als een correcte verwijzing ontbreekt, is bij electieve zorg geen sprake van een verzekerde prestatie die valt onder de aanspraak van de Zvw. In dat geval mag de zorgverzekeraar niet tot vergoeding overgaan, maar mag de zorg ook niet meteen voor rekening van de patiënt gebracht worden. Het ziekenhuis heeft immers de informatieverplichting op de nota niet op orde.

2. Ziekenhuis registreert verwijstype 'zelfverwijzer niet-SEH' op de nota.
Als het ziekenhuis het verwijstype 'zelfverwijzer niet-SEH' vastlegt, mag de zorgverzekeraar niet tot betaling overgaan, maar is de geleverde zorg onverzekerd en voor eigen rekening van de consument. De kosten van deze zorg mogen niet in de verevening vallen.

De NZa ontvangt signalen dat een verwijscode wordt ingevuld, terwijl een daadwerkelijke verwijzing in de praktijk ontbreekt. Er zijn voorbeelden bekend dat het ziekenhuis standaard 'verwijzing door huisarts' invult bij het ontbreken van een verwijzing. Het ziekenhuis heeft ook geen prikkel om de zelfverwijzer te vermelden, omdat dit tot vragen van patiënten leidt en niet patiëntvriendelijk is. In deze gevallen wordt onterecht onverzekerde zorg onder het verzekerde pakket gebracht. De basis van deze onterechte declaratie op de basisverzekering ontstaat dus al in de toegangsfase van de keten.

Acute zorg
Bij een acute zorgvraag volstaat een zelfverwijzing. De patiënt komt in dat geval terecht op de spoedeisende hulp. Er zijn echter signalen bekend dat een patiënt zich meldt op de SEH, terwijl geen sprake is van een acute zorgvraag. In dat geval dient de instelling de patiënt terug te sturen naar de huisarts of huisartsenpost, omdat directe toegang dan niet van toepassing is. Er zijn signalen dat in de praktijk regelmatig toch acuut wordt behandeld of een alsof-verwijzing wordt geregistreerd en de patiënt een bezoek aflegt aan de polikliniekafdeling. In de controle hierop is het voor de zorgverzekeraar echter lastig hier op toe te zien, aangezien 'acute zorg' een rekbaar begrip is.

Aanbeveling
Aan de NZa: Verplicht[51] de verwijzende zorgaanbieders hun AGB-code te vermelden op het verwijsdocument op het moment dat ze naar de medisch specialistische zorg verwijzen en de ontvangende zorgverlener om deze de AGB-code ook te vermelden.
Aan verzekeraar: Richt een zo optimaal mogelijke controle in op de verwijsregistratie. Maak contractafspraken over de te vermelde (aanvullende) verwijsinformatie op de nota, bijvoorbeeld door ook de AGB-code van de verwijzer op te vragen. Dit vergroot de mogelijkheden om te benchmarken.

[51] Deze verplichting wordt in een nadere regel opgenomen die per 1 januari 2014 in werking treedt.

Verzekerde aanspraak
In de Zvw en de regeling zorgverzekering heeft de minister bepaald wat onder de basisverzekering valt. Bij sommige behandelingen kan zowel sprake zijn van verzekerde als onverzekerde zorg. Het onderscheidende element is dan enerzijds de indicatiestelling en anderzijds of iemand wel redelijkerwijs is aangewezen op deze behandeling. Bij cosmetische indicaties geldt geen aanspraak en betaalt de consument deze zorg in de regel zelf of moet zich hier aanvullend voor verzekeren. Een onjuiste indicatiestelling kan leiden tot een declaratie die door de zorgverzekeraar onterecht ten laste van de basisverzekering wordt gebracht.

Zowel in de curatieve GGZ als de tweedelijns somatische zorg kent de DBC-systematiek een kleurensystematiek om verzekerde (groen) en onverzekerde zorg (rood) van elkaar te kunnen onderscheiden.
In de somatische zorg bestaat de kleur oranje voor 'onder voorwaarden' verzekerde zorg. De aanspraakkleuring is alleen bedoeld om te faciliteren. Wettelijk is niet de kleuring bepalend of iets (on)verzekerde zorg is. De grens tussen verzekerde en onverzekerde zorg is daardoor niet altijd eenduidig te maken op basis van diagnose/prestatie. Een indicatie is immers niet altijd gelijk aan de diagnose. Bovendien is uit de prestatie niet af te leiden of iemand redelijkerwijs was aangewezen op deze behandeling. Hier ligt een medisch inhoudelijk oordeel aan ten grondslag.

De verzekerde aanspraken zijn niet duidelijk genoeg, menen verzekeraars en aanbieders. Zij willen duidelijkheid rondom aanspraak, waar nu een te groot grijs gebied bestaat. Voor behandelend specialisten is het onduidelijk waar zij snel en accuraat kunnen opzoeken in hoeverre een behandeling al dan niet onder de aanspraak valt.

Er zijn signalen bekend dat zorgproducten ten onrechte als verzekerde zorg worden gedeclareerd. Deels komt dit voort uit het onjuist toepassen van de medische indicatiestelling, deels omdat de formulering van de aanspraak door veldpartijen op verschillende wijze wordt uitgelegd. Voor zorgverzekeraars is de controle of de zorg terecht als verzekerd is aangemerkt intensief: het vraagt om aanvullende en diepgaande controles op patiëntniveau. Om beter te sturen op een juiste indicatiestelling hebben zorgverzekeraars voor behandelingen een machtigingenportaal opgesteld. Er is een limitatieve machtigingslijst opgenomen in de polisvoorwaarden waaruit blijkt welke producten machtiging vereisen. Zo wordt de indicatiestelling vooraf mede beoordeeld door de zorgverzekeraar. Een gedeelte van het risico wordt daarmee ondervangen, maar niet voor alle producten worden machtigingen afgegeven.

Of iets verzekerde zorg is of onverzekerd, is voor de patiënt financieel van belang: verzekerde zorg wordt grotendeels vergoed en patiënten kunnen aanbieders beïnvloeden om iets toch als verzekerd te labelen. Ook de zorgaanbieder heeft daar belang bij. Daar waar het zorgproducten betreft die in het risicovrije gedeelte van de verevening vallen, heeft de zorgverzekeraar ook onvoldoende belang om het grensvlak van het verzekerde pakket zorgvuldig te bewaken. Met de aanpassing van de ex-postverevening zijn deze prikkels beter belegd.

Tabel 10.1. Onverzekerde zorg typeren als verzekerde zorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Een andere zorgactiviteit vastleggen, die wel verzekerd is (als/of-codering).	Bij een patiënt wordt een circumcisie uitgevoerd. Dit is onverzekerde zorg. Er wordt een andere zorgactiviteit (phrenulumplastiek) geregistreerd, omdat dit wel verzekerde zorg is.
De medisch indicatie wordt niet volgens de Zvw ingevuld.	Patiënt ondergaat een spataderoperatie. De medisch specialist geeft aan dat het gaat om verzekerde aanspraak, terwijl het op basis van de Zvw een cosmetische operatie betreft. Er wordt dan een verzekerd in plaats van een onverzekerd zorgproduct afgeleid.

Bron: NZa

Uit tabel 2 komen twee verschillende mogelijkheden naar voren waarbij onrechtmatig gehandeld wordt rondom de pakketgrenzen. Enerzijds betreft dit een verkeerde indicatiestelling, anderzijds een verkeerde vastlegging van zorgactiviteiten. Onderstaand doen we een aantal aanbevelingen die bijdragen aan een rechtmatige uitvoering van de verzekerde aanspraak. Dit betekent enerzijds voor overheidspartijen de ontwikkeling van een zo zuiver mogelijke onderscheid tussen de verzekerde en onverzekerde declarabele prestaties. Vervolgens is het aan verzekeraars om hier in controles verscherpt op toe te zien.

Aanbeveling
Aan de NZa: Onderzoek de mogelijkheden om het onderscheid tussen verzekerde en onverzekerde zorgprestaties te vergroten. Onderzoek of het mogelijk is om onverzekerde zorg in los declarabele prestaties te plaatsen.
Aan het CVZ: Definieer de aanspraak scherper en eenduidiger. Verklein daarmee het grijze gebied en definieer de aanspraak waar mogelijk in een zwart-wit benadering. Onderzoek of de aanspraak (Zvw) meer kan aansluiten bij het prestatiesysteem (Wmg).
Aan VWS: Bouw de resterende ex-post compensatiemechanismen zo snel mogelijk af, bijvoorbeeld door dure geneesmiddelen weg te nemen uit het risicovrije deel van de verevening.
Aan verzekeraars: Bewaak het grensvlak tussen de verzekerde en onverzekerde zorg scherper en voer hier controles op uit. Overweeg een uitbreiding van de behandelingen waarvoor vooraf een machtiging moet worden aangevraagd. Pas datamining toe op de aandachtsgebieden, bijvoorbeeld de zorg waar zowel medische als cosmetische indicaties mogelijk zijn.

10.2.2 Kostenbewuste consument

In deze paragraaf kijken wij vanuit de eigen betalingen naar de financiële prikkel van de consument.

Consumenten betalen een deel van de zorg zelf. Financiële overwegingen van de consument kunnen daarom een belangrijk aspect zijn in de keuze om toe te treden tot een bepaalde zorgmarkt. Dit maakt dat de consument soms een prikkel ervaart om in de medisch specialistische zorg behandeld te worden, zeker als het eigen risico al bereikt is, terwijl medisch gezien een behandeling in de eerstelijn op zijn plaats is. Zo zijn de eerste twintig behandelingen in de fysiotherapie voor eigen rekening, terwijl bij een revalidatiearts of orthopeed enkel het eigen risico wordt geraakt. En valt een kaakchirurgische ingreep in het ziekenhuis onder de

basisverzekering, terwijl een behandeling bij tandarts in de eerstelijn onverzekerd is.
Er bestaat een breed gedragen wens om waar dat kan zorg in de eerstelijn te organiseren (substitutie). Maar de eigen betalingen in de eerstelijn zorgen soms juist voor het tegengestelde effect: consumenten kiezen voor de tweedelijn om teveel eigen betalingen te voorkomen.

Een uitzondering hierop is de huisartsenzorg. Die valt binnen de huidige wet- en regelgeving buiten het eigen risico. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot een prikkel om bloedafname door de huisarts te laten verrichten in plaats van door een eerstelijns diagnostisch centrum.

Aanbeveling
Aan het CVZ: Stel een functionele inrichting van de aanspraak op, waarbij een functie al dan niet onder het eigen risico valt ongeacht wie deze zorg levert.
Aan de IGZ en de wetenschappelijke verenigingen van de beroepsgroepen: Neem in behandelprotocollen, -richtlijnen en -standaarden op wanneer patiënten overgedragen dienen te worden naar eerstelijns beroepsbeoefenaren.

10.3 Zorglevering

Ook in de fase van zorglevering zijn er verschillende frauderisico's te benoemen. In deze paragraaf zoomen we in op de volgende thema's:
- aanbodgestuurde vraag
- het registreren van niet-geleverde zorg
- het onterecht vastleggen van meerdere producten
- het registreren van een verkeerde diagnose

10.3.1 Aanbodgestuurde vraag

De medische richtlijnen en actuele normen zijn leidend bij het leveren van zorg door de medisch specialist. De zorglevering start met het stellen van een diagnose. Vervolgens worden de medisch noodzakelijke zorgactiviteiten uitgevoerd, wat uiteindelijk afleidt tot een declarabel product. Op het moment dat het eigen risico al bereikt is, hoeft de verzekerde geen eigen betalingen meer te doen. Prestatiebekostiging maakt in beginsel 'meer declareren' lucratief en kan leiden tot overbehandeling, voor de patiënt maakt het immers financieel niets meer uit.

Tabel 10.2. Niet aangevraagd onderzoek

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Overbehandeling: Declareren niet aangevraagd onderzoek.	De huisarts doet een aanvraag aan een eerstelijns diagnostisch centrum voor een bloedonderzoek. Het diagnostische centrum voert vervolgens meer onderzoeken uit dan aangevraagd. Ook komt het voor dat de consument meer onderzoeken aankruist op het formulier. In beide gevallen declareert het diagnostisch centrum meer dan op basis van de oorspronkelijke aanvraag van de huisarts.

Bron: NZa

Het is aan de zorgverzekeraar om in te kopen op basis van de zorgbehoefte van zijn verzekerdenpopulatie en aanbodgestuurde vraag in te perken.

Aanbevelingen
Aan de IGZ en de wetenschappelijke verenigingen van de beroepsgroepen: Verduidelijk en handhaaf behandelprotocollen, -richtlijnen en -standaarden zodat praktijkvariatie rondom gepaste zorg sterk vermindert. Neem hierin op expliciet op wanneer behandeltrajecten geopend en gesloten moeten worden.
Aan verzekeraars: Maak praktijkvariatie tussen/binnen gecontracteerde zorgaanbod inzichtelijk zowel aan de aanbieders (spiegelinformatie) als aan consumenten (onderbouwing van selectieve contractering).

10.3.2 Registreren van niet-geleverde zorg

In de DOT-systematiek zijn de registratie van de uitgevoerde activiteiten in combinatie met de diagnose de basis om te bepalen welk DBC-zorgproduct uiteindelijk gedeclareerd mag worden. De registratie- en declaratieregels zijn daarin leidend. Uit gesprekken met zorgaanbieders komt soms naar voren dat bepaalde specifieke of nieuwe zorg onvoldoende in declaratiecodes tot uitdrukking komt. Daarom registreren ze soms een vergelijkbaar product. Het komt ook voor dat aanbieders bewust verkeerd vastleggen, zodat prestaties met een zwaarder profiel afgeleid worden. In tabel 4 zijn voorbeelden genoemd van deze verkeerde vastlegging van zorgactiviteiten of het onterechte vastleggen van zorgactiviteiten. Deze voorbeelden vallen allen onder de categorie van 'het registreren van niet-geleverde zorg'.

Taakherschikking bij integrale tarieven
Een voorbeeld van het registreren van niet-geleverde zorg is de verlengde armconstructie, waarbij een verpleegkundig specialist het patiëntencontact voert. In veel ziekenhuizen neemt verpleegkundig personeel taken van de medisch specialist over met als doel de kosten te verlagen. De declaratieregels schrijven echter voor dat om een eerste polikliniekbezoek te registreren er sprake moet zijn van een face-to-face contact tussen de patiënt en de poortspecialist (specialist of arts-assistent). Alleen als daar sprake van is, mag een consult geregistreerd worden. De NZa heeft signalen ontvangen dat er toch consulten worden geregistreerd terwijl de patiënt alleen contact heeft gehad met een verpleegkundig specialist of een SEH-arts. De SEH-arts is geen medisch specialist, maar de NZa ontvangt signalen dat SEH-artsen in ziekenhuizen namens diverse poortspecialismen DBC-zorgproducten openen. De invoering van het integrale tarief per 2015 biedt ruimte dat verpleegspecialisten ook DBC-zorgproducten kunnen openen. Tot die tijd is dat echter niet toegestaan.

Tabel 10.3. Spookzorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Verkeerd vastleggen van zorgactiviteiten.	Patiënt komt op SEH met kleine hoofdwond. De chirurg kijkt naar de wond en plakt een pleister. Vervolgens wordt de zorgactiviteit 'Poliklinische wondexcisie en wondtoilet zonder verwijzing vastgelegd'. Onder wondexcisie en wondtoilet wordt verstaan locaalanesthesie, inspectie, reiniging, excisie en/of hechting van de wond(en). De beschrijving van deze zorgactiviteit sluit niet aan bij de daadwerkelijk geleverde zorg.
Eén uitgevoerde zorgactiviteit vaker registreren.	Interventiecardioloog en cardiochirurg voeren gezamenlijk AICD-implantatie (=inwendige defibrillator bij hartritmestoornissen) uit.

	Beiden registreren een operatieve zorgactiviteit, terwijl de operatie maar één keer is uitgevoerd. Het gevolg is dat een afleiding onterecht plaatsvindt naar een zwaarder product.
Een verkeerde koppeling van lokale verrichtingen (CBV-codering) naar zorgactiviteiten.	Ziekenhuis koppelt interne code 'verwijderen oorsmeer' aan de zorgactiviteitcode 031712 (verwijdering uit de gehoorgang van een of meerdere poliepen of corpora aliena). Dit leidt af naar een zwaarder product. Er is geen aparte zorgactiviteitcode voor 'verwijderen oorsmeer', maar dit valt binnen een regulier consult. Ziekenhuizen hanteren vaak het uitgangspunt dat elke interne code aan een zorgactiviteitcode gekoppeld moet worden.
Onterechte toepassing verlengde arm.	De wondverpleegkundige houdt een zelfstandig spreekuur en registreert voor alle patiënten een polikliniekbezoek en een DBC. Het is niet toegestaan dat een verpleegkundige een DBC-zorgproduct opent, of dit namens de specialist doet, terwijl de specialist zelf geen patiëntencontact heeft.

Bron: NZa

Gepast gebruik is een ander belangrijk aandachtspunt. In het leveren van zorg bestaat het risico dat ten onrechte duurdere zorg wordt voorgeschreven dan nodig is. Ten algemene geldt dit voor tweedelijnszorg die in de eerstelijn uitgevoerd had kunnen worden. Het bestaan van deze schotten kan ook leiden tot dubbele financiering van zorg, zoals in tabel 5 wordt toegelicht.

Tabel 10.4. Dubbele vergoeding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Dubbele vergoeding voor kosten op het grensvlak van de eerste en tweedelijn.	Een voorbeeld is de situatie waarin de huisarts bloed afneemt. De huisarts kan hiervoor een consult in rekening brengen, waarna het bloed naar een diagnostisch centrum wordt gestuurd voor verdere analyse. Het diagnostisch centrum brengt vervolgens een ordertarief in rekening, waar ook een vergoeding is opgenomen voor bloedafname terwijl het diagnostisch centrum hier geen kosten voor maakt[52].

Bron: NZa

Uit bovenstaande risico's en voorbeelden blijkt dat de zorgactiviteiten een centrale rol hebben in de afleiding naar DBC-zorgproducten. Een correcte registratie van zorgactiviteiten is daarbij van belang. Het is aan de zorgverzekeraar om te controleren of de zorg op de nota ook daadwerkelijk geleverd is. Deze controle wordt per 1 juni 2014 eenvoudiger. Vanaf dat moment moeten zorgaanbieders ook een selectie van zorgactiviteiten op de nota vermelden. Hierdoor ontstaat meer inzicht voor de zorgverzekeraar en de patiënt.

[52] Dit concrete risico wordt opgelost per 2014 aangezien er een extra ordertarief is opgenomen in de lijst met overige zorgproducten.

Aanbeveling
Aan de NZa: Verduidelijk de zorgactiviteiten in de zorgactiviteitentabel wanneer er onduidelijkheid is over de definitie of de toepassing. Van iedere zorgactiviteit dient duidelijk te zijn wanneer en onder welke voorwaarden deze geregistreerd mag worden. Verbeter de lekenomschrijving, zodat de nota voor de consument beter te begrijpen en controleren valt.
Aan verzekeraars: De verzekeraar ontvangt per 2014 extra informatie door de vermelding van zorgactiviteiten op de nota. Gebruik deze informatie in de controle door toepassing van datamining en benchmarking. Geef de consument meer inzicht in de zorg die hij ontvangen heeft. Vraag consumenten om te bevestigen of zij a) geweest zijn bij de zorgaanbieder en b) de zorg hebben ontvangen die in rekening is gebracht.
Aan VWS: Vergroot bij invoering van integrale tarieven per 1 januari 2015 mogelijkheden op het gebied van taakherschikking door ook verpleegkundig specialisten DBC-zorgproducten te laten openen.

10.3.3 Onterecht meerdere zorgproducten en overige zorgproducten vastleggen

Naast het vastleggen van verkeerde zorgactiviteiten komt het ook voor dat ten onrechte meerdere DBC-zorgproducten of overige zorgproducten worden vastgelegd. In dat geval ontstaat niet per se een zwaarder of duurder product, maar ontstaan meerdere producten. Wat leidend is, is de vraag of sprake is van een nieuwe zorgvraag die een aparte diagnosestelling én behandeltraject vragen. Als hier geen sprake van is moeten de uitgevoerde zorgactiviteiten in hetzelfde DBC-traject worden opgenomen.

Het fenomeen dat meer zorgproducten gedeclareerd worden dan waar feitelijk sprake van zou mogen zijn, komt in een aantal signalen terug. Een voorbeeld hiervan is het intern doorverwijzen, zodat meerdere DBC-zorgproducten gedeclareerd kunnen worden bij één diagnose. Tabel 5 schetst een aantal andere voorbeelden rondom dit thema.

Tabel 10.5. Openen van nieuwe zorgproducten

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Een nieuw zorgtraject openen bij een bestaande zorgvraag van een patiënt door één specialist.	Zwangerschapsbegeleiding bij patiënt met hypertensie. Controle/behandeling is beëindigd en patiënt wordt terugverwezen naar de eerstelijn. Patiënt komt tijdens dezelfde zwangerschap nogmaals bij de gynaecoloog voor zwangerschapsdiabetes. Beide zorgvragen betreffende dezelfde zwangerschap en vallen binnen hetzelfde zorgtraject. Hier is dan sprake van een repeterende zorgvraag waar geen nieuw zorgproduct voor geopend mag worden.
Een nieuw zorgtraject openen bij een bestaande zorgvraag van een patiënt door een andere specialist van een ander specialisme.	Patiënt is poliklinisch onder behandeling bij de reumatoloog voor psoriasis. Tijdens dit traject vindt ook een consult bij de dermatoloog plaats in het kader van deze zorgvraag. De reumatoloog is hoofdbehandelaar. Het is niet toegestaan dat de reumatoloog en dermatoloog beiden een zorgtraject openen.
Bij een nieuw zorgtraject een activiteit uit	Het kan voorkomen dat een medisch specialist

een bestaande zorgvraag twee keer registreren.	bij één patiënt meerdere zorgvragen constateert en hiervoor twee DBC-zorgproducten opent. Uit patiëntvriendelijkheid besluiten sommige aanbieders de patiënt niet een keer terug te laten komen, maar beide zorgvragen in eenzelfde consult af te handelen. In dat geval mag er echter slechts één consult geregistreerd worden. Eén van de behandeltrajecten bevat dan geen consult. De NZa ontvangt echter signalen dat aan beide DBC's een afzonderlijk consultcontact toegekend wordt.

Bron: NZa

Een ander risico is de situatie waarin de patiënt al in behandeling is bij een instelling en er op aanvraag van deze instelling (medisch specialist) aanvullende onderzoeken bij een andere instelling worden aangevraagd. In dergelijke situaties is het risico groot dat meerdere zorgproducten door meerdere instellingen in rekening worden gebracht, terwijl feitelijk sprake is van onderlinge dienstverlening. In dat geval mag naast het zorgproduct dat door de ene instelling in rekening wordt gebracht niet ook nog een los overige zorgproduct voor de overige of aanvullende onderzoeken in rekening gebracht worden. De NZa ontvangt signalen dat onterecht overige zorgproducten in rekening worden gebracht, terwijl deze vanuit het tarief van het DBC-zorgproduct vergoed hadden moeten worden.

Een aangrenzend fenomeen is de U-bochtconstructie. Vanuit verzekeraars ontvangt de NZa het signaal dat medisch specialisten aan patiënten vragen om de medicijnen of een spiraaltje zelf buiten de muren van het ziekenhuis te kopen, terwijl deze kosten versleuteld zitten in het tarief van het DBC-zorgproduct dat door het ziekenhuis in rekening wordt gebracht. Hierdoor brengt uiteindelijk zowel een ziekenhuis als een apotheker een spiraaltje in rekening bij de verzekeraar terwijl er maar één spiraaltje is geleverd.

Aanbeveling

Aan de NZa: Gericht kijken in welke mate de parallelliteit, meerdere DBC-zorgproducten naast elkaar declareren, teruggebracht kan worden.

Aan verzekeraars: Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door datamining) uit tegen dubbele bekostiging en opknippen van behandeltrajecten. Gebruik daarnaast datamining om afwijkende declaratiepatronen bij zorgaanbieders op te sporen en vraag deze aanbieders om deze afwijking toe te lichten.

10.3.4 Registreren verkeerde diagnose

Een andere categorie is het registreren van de verkeerde diagnose. In principe bevat deze categorie minder risico aangezien de diagnose op zichzelf minder effect heeft op de zwaarte van het product en dus ook op de hoogte van het tarief. De zorgactiviteiten zijn hierin vaker bepalend dus het is eerder lonend om verkeerde zorgactiviteiten vast te leggen. Wat wel kan, is dat de medisch specialist gebruik maakt van de typeringslijst van een ander specialisme. Op het moment dat een diagnose in meerdere lijsten staat beschreven, kunnen medisch specialisten de prikkel ervaren om een duurdere variant te kiezen.

Tabel 10.6. Registratie van de verkeerde diagnose

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het hanteren van de typeringslijst van een ander specialisme.	Een kind komt bij de longarts op het spreekuur met een astma. Deze diagnose staat op typeringslijst van longgeneeskunde en van kindergeneeskunde. De longarts legt op basis van de kindergeneeskundelijst vast. Dit is geen fraude, maar ongewenst gedrag. Men kan dus op een andere AGB-code, bijvoorbeeld een reumatoloog die de AGB-code kindergeneeskunde hanteert, de duurdere variant zorg declareren. Dat is niet in de geest met het beoogde doel van de typeringslijsten.

Bron: NZa

Er zijn adviesbureaus die ziekenhuizen adviseren over de grijze gebieden in de diagnosecodes. Dergelijke bureaus kunnen zinvol bijdragen aan het op orde krijgen van de basisregistratie. Op het moment dat deze adviezen er echter toe leiden dat ziekenhuizen bewust een verkeerde diagnose registreren bij een bepaalde zorgvraag, dan werkt dit fraude en upcoding in de hand.

Op dit moment is onvoldoende transparant welke rol adviesbureaus innemen in het declaratieproces van ziekenhuizen en UMC's. Daarom is niet inzichtelijk in welke mate adviesbureaus de scheidslijn passeren tussen enerzijds het bieden van ondersteuning bij het inrichten van een robuust informatiesysteem en anderzijds het adviseren van instellingen over een maximale declaratieomzet. In de eindrapportage (juli 2014) van het onderzoek naar zorgfraude besteden wij aandacht aan de rol van deze adviesbureaus.

Verkeerde indicatie
Dure geneesmiddelen worden als add-on bij een DBC-zorgproduct in rekening gebracht. Alleen de geneesmiddelen die op de add-on-lijst staan mogen op deze manier in rekening gebracht worden. De kosten van de overige geneesmiddelen zitten in het tarief van het zorgproduct verwerkt. De add-on is opgebouwd uit een stofnaam en een indicatie. Het gevolg is dat onterecht indicaties die op de add-on lijst staan geregistreerd worden, zodat een duur geneesmiddel in rekening gebracht kan worden. Als dit medisch niet noodzakelijk is, wordt misbruik gemaakt van de indicatielijst. Dit vormt het grootste frauderisico in de bekostiging van dure geneesmiddelen. De zorgverzekeraar kan dit controleren met een controle op de koppeling tussen de DBC-zorgproducten en de geneesmiddelen of door materiële controles op de indicatielijst. Deze prikkel is echter onvoldoende omdat dure geneesmiddelen tot 2015 onder de ex post risicoverevening vallen.

10.4 Bekostiging en financiering

In de marktbeschrijving is aandacht besteed aan de ontwikkelingen per 2012 in de bekostiging, met name als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging. Gelijktijdig met de invoering van prestatiebekostiging heeft een transitie van DBC naar DOT plaatsgevonden. Beide transities hebben effect op de prikkels rondom zorgfraude. In deze paragraaf beschrijven we de volgende risico's in de bekostiging en financiering van de medisch specialistische zorg:

- Sturen op grenzen
- Transitiemodel
- Honorariumomzetplafond
- Contractvormen zorgverzekeraars
- Academische component

10.4.1 Sturen op grenzen

De DBC-bekostiging bevat een aantal grenswaarden. Grenzen geven enerzijds een doelmatigheidsprikkel, maar vormen anderzijds een risico rondom fraude en ongepast gebruik. De grenzen in de bekostiging zijn voor medisch specialistische zorg feitelijk in twee categorieën in te delen. Enerzijds betreft dit de afsluitgrenzen van producten, waar we in tabel 8 een toelichting bij geven. Anderzijds betreft dit de grenzen tussen producttypen, zie hiervoor tabel 9.

Afsluitgrenzen van producten
De DOT-systematiek gaat per 2012 hoofdzakelijk uit van trajectbekostiging. Deze trajecten worden op een bepaald moment afgesloten, zodat declaratiestromen richting zorgverzekeraars op gang komen. Op het moment dat een te krappe afsluitgrens gehanteerd wordt, ontstaat een extra prikkel om patiënten in te plannen net na deze afsluitgrenzen. In dat geval kan een nieuw zorgproduct gedeclareerd worden. Het voordeel van een vervroegde afsluitgrens is dat sneller informatieverkeer[53] op gang komt, bijvoorbeeld voor de zorgverzekeraar om controles uit te voeren. Dit staat dus op gespannen voet met elkaar.

De NZa heeft de minister geadviseerd op per 1 januari 2015 de doorlooptijd van een DBC-zorgproduct te vervroegen van 365 naar 120 dagen. Het gevolg kan zijn dat hierdoor extra producten gedeclareerd worden, bijvoorbeeld doordat nog een controleconsult na de 120^{e} dag in rekening gebracht wordt.

Op zichzelf hoeft dat geen financiële effecten te hebben, zolang de zorgverzekeraar bij het onderhandelde tarief per product in de zorginkoop rekening houdt met de verkorte doorlooptijden. De NZa verwerkt de verkorte doorlooptijden in de gereguleerde tarieven. Ook stelt de NZa informatie voor verzekeraars en aanbieders beschikbaar over het contracteerproces van DBC-zorgproducten in het vrije segment.

Tabel 10.7. De afsluitgrenzen in DOT

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Toelichting
Inplannen van verrichtingen na het afsluitmoment.	De subtrajecten kennen vaste afsluitmomenten. Bij een klinisch subtraject is het afsluitmoment de 42e dag na ontslagdatum. Dit geeft de behandelaar de prikkel om deze grens te overschrijden, zodat nieuwe dagverpleging of een nacontrole in een nieuw subtraject terecht komt. In feite kan de specialist dan een nieuw subtraject openen.
Afsluitgrenzen bij conservatieve behandelingen.	De subtrajecten kennen vaste afsluitmomenten. Bij een niet-klinisch subtraject met conservatieve behandelingen gelden aparte afsluitregels. In dat geval mag bijvoorbeeld bij een initieel subtraject op de 90e dag na opening het subtraject gesloten worden. Dit geeft de behandelaar de prikkel om

[53] Een aantal verzekeraars heeft in gesprekken aangegeven dat de lange doorlooptijden bij DBC-zorgproducten op dit moment als knellend worden ervaren bij de materiële controles.

	deze grens te overschrijden, zodat een nieuwe conservatieve behandeling in een nieuw subtraject terecht komt. In feite kan de specialist dan een nieuw zorgproduct openen.

Bron: NZa

Productgrenzen van producttype en -zwaarte
Naast de afsluitgrenzen kent de productstructuur onder DOT ook productgrenzen. Dit heeft als risico in zich dat zorgproducten opgewaardeerd worden. Er zijn verschillende voorbeelden van upcoding bekend. De toelichting in onderstaande tabel geeft aan dat door het uitvoeren van bepaalde activiteiten een ander type (ambulant, klinisch, operatief) product gedeclareerd kan worden. Daarnaast is upcoding mogelijk in de zwaarte (licht, middel, zwaar) van het product door bepaalde activiteiten extra uit te voeren.

Op het moment dat onnodig extra activiteiten worden uitgevoerd, is sprake van ongepast gebruik. Op het moment dat deze activiteiten niet zijn uitgevoerd, maar bewust wel zijn geregistreerd is sprake van fraude. Met het vermelden van de zorgactiviteiten op de nota per 1 juni 2014 ontstaat meer inzicht voor de zorgverzekeraar en de patiënt.

Tabel 10.8. De productgrenzen in DOT

<table>
<tr><th>Beschrijving fraudegevoelige aspect</th><th>Toelichting</th></tr>
<tr><td>a) Instellingen die een zwaar operatief product declareren, doordat bepaalde producttyperende activiteiten vaak (al dan niet daadwerkelijk geleverd) geregistreerd worden (praktijkvariatie).</td><td rowspan="3">De productstructuur kent meerdere klassen, grofweg klinisch, ambulant, operatief. Binnen deze driedeling zijn er nog korte, middel en zware zorgproducten. Of iets een zwaar of middel ambulant product is, hangt af van de grenswaarden en de uitgevoerde activiteiten.

De indeling van verschillende klassen in de productstructuur brengt verschillende prikkels met zich mee. Enerzijds prikkels rondom de grenzen van de productzwaarte: kort, middel, zwaar. Anderzijds risico's rondom de grenzen van het producttype: klinisch, ambulant, operatief.

Hierbij kan het zijn dat bepaalde zorg onnodig geleverd is (ongepast gebruik) of onterecht geregistreerd (fraude) is.</td></tr>
<tr><td>b) Instellingen die een zwaar ambulant product declareren, doordat bepaalde producttyperende activiteiten, aantal polikliniekbezoeken, vaak (al dan niet daadwerkelijk geleverd) geregistreerd worden (praktijkvariatie). Kortom, een patiënt terug laten komen voor een herhaalconsult zodat een middel of zwaar ambulant product met een hoger tarief in rekening mag worden gebracht.</td></tr>
<tr><td>c) Instellingen die een zwaar klinisch product declareren, doordat een grensoverschrijdend aantal verpleegdagen geregistreerd (al dan niet geleverd) wordt.</td></tr>
<tr><td>d) Instellingen die een klinisch product declareren in plaats van een poliklinisch product, doordat een verpleegdag wordt geregistreerd (al dan niet daadwerkelijk geleverd volgens de definitie van een verpleegdag).</td><td>Een voorbeeld is de klinische korte opnames. Dit is een aandachtsgebied voor verzekeraars in controles, omdat een enkele verpleegdag direct leidt tot een klinisch product. Ziekenhuizen mogen pas een verpleegdag in rekening brengen als de patiënt er overnacht, waarbij de patiënt is opgenomen voor 12 uur en pas is na 7 uur 's ochtends wordt ontslagen. Dit betekent dat bij een opname na twaalven de eerste 24 uur geen verpleegdag geregistreerd mag worden, terwijl daar mogelijk wel kosten tegenover staan.</td></tr>
</table>

Bron: NZa

Aanbeveling
Aan de NZa: Voer wijzigingen in de regelgeving door waarmee onbedoelde prikkels worden aangepakt. Verbeter de registratieregels, waarbij o.a. aandacht is voor het beperken van uitzonderingen op deze registratieregels.
Aan verzekeraars: Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld *datamining*) uit naar afwijkende declaratiepatronen bij zorgaanbieders rondom productgrenzen en afsluitgrenzen. Bijvoorbeeld gericht op de verhouding tussen de typen gedeclareerde producten en de zwaarte van producten.

10.4.2 Transitiemodel

Zoals in de marktbeschrijving is aangegeven, is aan de overgang naar prestatiebekostiging een transitiemodel gekoppeld. In het transitiemodel worden zorgaanbieders kort gezegd deels ingedekt voor het verschil dat zij ervaren tussen de oude budgetsystematiek en prestatiebekostiging. Instellingen en verzekeraars kunnen de regels hierover gebruiken om hun inkomsten te vergroten.

Voorbeeld
Ziekenhuizen en verzekeraars kunnen sturen op onderdekking van het schaduwbudet, het overgangsbudget, waardoor ze meer inkomsten uit het Zorgverzekeringsfonds krijgen. De onderdekking levert een lagere schadelast voor de betreffende verzekeraar op, omdat andere verzekeraars ook uit dit fonds meebetalen, wat een voordeel geeft ten opzichte van andere verzekeraars die dergelijke afspraken niet maken.

Voor het ziekenhuis kan onderdekking in het A-segment ook aantrekkelijk zijn, bijvoorbeeld als een lagere productieafspraak in het A-segment gepaard gaat met een hogere afspraak in het B-segment. Ook doordat het ziekenhuis voor twee jaar een uitkering uit het zorgverzekeringsfonds ontvangt, kan dit ertoe leiden dat het totale macrobudgettair kostenniveau uiteindelijk hoger uitvalt dan de uitkomsten van prestatiebekostiging.

Voor diepgaand inzicht in de systeemrisico's van het transitiemodel verwijzen wij u naar het 'Onderzoek mogelijk misbruik transitiemodel' van ZN. ZN heeft onderzoek laten doen naar mogelijk oneigenlijk gebruik en misbruik van het transitiemodel. Dit gaat om misbruik binnen de regels van de NZa. Er is dan ook geen sprake van fraude, maar eerder van risico op oneigenlijk gebruik van het model.

Gelet op het tijdelijk karakter en het gegeven dat er van feitelijke fraude niet direct sprake is, doet de NZa in dit onderzoek geen aanbevelingen op het gebied van het transitiemodel. Het model biedt immers geen basis voor structureel frauduleus handelen. Feit blijft dat overgangsperiodes tussen twee bekostigingssystemen nieuwe perverse prikkels geven. De NZa pleit ervoor, áls zo'n periode al nodig is, die zo kort mogelijk te laten duren en rekening te houden met die mogelijke prikkels. Dit uitgangspunt past zij al toe bij de GGZ, geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsdiagnostiek.

10.4.3 Honorariumomzetplafond

Vrijgevestigd medisch specialisten leveren voor eigen rekening en risico zorg, wat in beginsel meer declareren lucratief maakt. Dat is in het verleden ook gebleken met de overschrijdingen op het macrokader. Alle instellingen met vrijgevestigd medisch specialisten kennen vanaf 2012 een omzetplafond dat dit effect begrenst. Als het plafond is bereikt,

is er geen financiële prikkel meer om onnodig meer of duurdere zorg te leveren. Er is dan immers geen directe relatie[54] meer tussen inkomen en declaratie. Het is daarom van belang om de prikkels die genoemd zijn in de ketenfase van toegang, zorglevering, en de grenzen in de DOT-systematiek in dit perspectief te zien.

Aanbeveling aan VWS
Het naast elkaar bestaan van verschillende manieren van bekostigen is fraudegevoelig en onnodig complex. Schaf de duale bekostigingssituatie (transitiemodel en beheersmodel) af per 2015 door invoering van integrale tarieven.

10.4.4 Contractvormen zorgverzekeraars

Het invoeren van prestatiebekostiging heeft nieuwe contractvormen tussen verzekeraars en aanbieders doen ontstaan. Deze contractvormen kunnen frauderisico's versterken, maar ook inperken. Het is dan ook belangrijk om prikkels in de DOT-systematiek samen te zien met de contractafspraken die verzekeraars en aanbieders maken.

Zo zijn er afspraken gemaakt met vaste aanneemsommen. Die zorgen ervoor dat de prikkel voor overregistratie bij aanbieders kleiner is en dat verzekeraars een kleinere prikkel hebben om hierop te controleren.[55]

Bij een plafondafspraak heeft de zorgaanbieder tot aan het plafond een prikkel om zorg op te waarderen, maar bij het bereiken van het plafond ontstaat een tegengestelde prikkel. Op dat moment ontstaat het risico van onderbehandeling, omdat dit kostenverlagend werkt.

Een voorbeeld hiervan is het bewust voorschrijven van dure geneesmiddelen op het moment dat een zorgvraag zowel met een add-on als met een regulier geneesmiddel ondervangen kan worden. De kosten en opbrengsten van een duur geneesmiddel zijn hoger. Bij een lumpsumafspraak of een bereikte plafondafspraak is er geen prikkel om te dure geneesmiddelen voor te schrijven, omdat dit enkel extra kost. Bij een prijs- en volumeafspraak kan die prikkel er wel zijn.

Aanbeveling aan verzekeraars
Investeer, ongeacht de gekozen contractvorm, in fraudedetectie en controles.

10.4.5 Academische component

In de academische component is financiering opgenomen voor topreferente zorg en zorginnovaties bij UMC's. De afgelopen jaren is een aantal wijzigingen doorgevoerd in de productstructuur DOT, waarbij ook de producten voor topreferente zorg verder ontwikkeld zijn. Deze ontwikkeling maakt dat een risico ontstaat op dubbele bekostiging. Er worden immers DBC-zorgproducten ontwikkeld specifiek voor topreferente zorg op basis van de werkelijke kosten van die zorg. Hierdoor kunnen UMC's ook specifiek geprijsde producten declareren, maar de academische component blijft ongewijzigd[56], terwijl die ook

[54] Dit kan overigens ook onderregistratie in de hand werken.
[55] Echter vrijwaren dergelijke lumpsumcontracten partijen niet van hun controletaken, aangezien in het controleprotocol Zvw erop gewezen wordt dat de lumpsum alleen gevuld mag worden met rechtmatige declaraties.
[56] De NFU doet op dit moment via het project ROBIJN onderzoek naar de invulling van de academische component.

bedoeld was om de gemiddeld hogere kosten van topreferente zorg te vergoeden.

De bekostiging van innovaties via de academische component vindt plaats op basis van de gedachte van een '*revolving fund*': Er stromen regelmatig innovaties uit de academische component naar reguliere zorgproducten, omdat de experimentele fase is afgerond en de zorg ook door andere zorgaanbieders geleverd kan worden. De ruimte die ontstaat in de academische component verdwijnt niet, maar vullen aanbieders op met nieuwe innovaties.

Aanbeveling aan VWS
Houd de omvang en het bestaansrecht van de academische component tegen het licht en definieer daarbij waar de academische component voor bestemd is. Schoon deze academische component voor dubbele financiering voor dezelfde zorg.

10.5 Toezicht

In de voorgaande paragrafen worden verschillende fraudersicogebieden in de medisch specialistische zorg genoemd. In deze paragraaf wordt gekeken naar de controle en toezicht van partijen in de zorgketen over de declaraties.

10.5.1 Zorgaanbieders

Het verduidelijken of aanscherpen van de registratieregels en declaratiebepalingen ondervangt de frauderisico's niet volledig. Zolang de bereidheid van zorgaanbieders ontbreekt om zich aan de regels te houden, biedt het aanpassen van de regelgeving weinig soelaas. In de medisch specialistische zorg is namelijk geconcludeerd[57] dat naleving van regelgeving in sterke mate afhankelijk is van de intrinsieke motivatie van degene die registreert.

Tabel 10.9. Beperkte toegangsprikkels regelgeving

Aspecten	Toelichting
Nalevingsbereidheid	Er is onderzoek uitgevoerd naar de nalevingsbereidheid van medisch specialisten, bestuurders en andere medewerkers binnen ziekenhuizen ten aanzien van de declaratievoorschriften. De vele veranderingen in registratie- en declaratieregelgeving doen afbreuk aan de bereidheid om zich de regels eigen te maken.
Compenseren onderregistratie	De gepercipieerde onduidelijkheid van de registratie- en declaratievoorschriften belemmert in een optimale naleving, wat zowel onderregistratie als overregistratie als gevolg heeft. Een deel van de doelgroep voelt zich gelegitimeerd om overregistratie en upcoding toe te passen omdat ook veel onderregistratie plaatsvindt. In die zin wordt onderregistratie gebruikt als argument om overregistratie niet te hoeven aanpakken.
Lage pakkans	In de medisch specialistische wordt de pakkans als zeer laag ervaren. Dit geldt zowel voor de pakkans op controle, restitutie en sancties van de NZa, de verzekeraar en de (eigen) accountant.
Mate van interne controle	Correct declareren wordt over het algemeen niet ervaren als

[57] Verwey-Jonker Instituut, Doelgroepenanalyse declaratiepraktijk medisch specialistische zorg, 2013.

	een speciaal onderdeel van de governance van het ziekenhuis. Zorgaanbieders ervaren weinig prikkels om in interne controle te investeren. Bij de interne controle zijn zorgaanbieders afhankelijk van de motivatie, kennis en kunde van de specialist met betrekking tot het declaratiesysteem om goed te registreren. De mate van interne controle door ziekenhuizen varieert qua intensiteit.

Bron: NZa

De NZa heeft op dit moment een self-assessment over correct declareren uitgezet bij ziekenhuizen. Het doel hiervan is om te inventariseren welke oorzaken en verklaringen een rol spelen in correct en integer functioneren binnen het declaratieproces, en om ziekenhuizen zelf inzicht te geven in het eigen gedrag en presteren.

Aanbeveling
Aan de zorgaanbieders: Vergroot de interne aandacht en bereidheid op het naleven van de regelgeving en integer handelen, waarbij correct declareren een breed gedragen interne norm wordt.
Aan de NZa: Doe in 2014, net als in 2013, toezichtsonderzoeken bij ziekenhuizen.

10.5.2 Consument

Verzekeraars hebben de mogelijkheid om de nota door te sturen naar de consument. Slechts een aantal verzekeraars maakt hier gebruik van. De urgentie om de verzekerde in te zetten bij de controleresultaten neemt toe. De verzekerde is immers altijd bij de behandeling aanwezig geweest en kan daardoor een nadrukkelijke bijdrage leveren bij het bepalen of een behandeling al dan niet heeft plaatsgevonden. Het is van belang dat de nota hierbij wel begrijpelijk is. Het is daarom zaak dat zorgverzekeraars consumenten optimaal informeren over het declaratieverkeer en facturen. De NZa ontvangt op dit moment veel signalen van consumenten over hun nota, waarbij de consument in een eerder stadium geen gehoor kreeg bij de zorgverzekeraar of zorgaanbieder.

De consument heeft op dit moment onvoldoende tools in handen om te controleren of de geleverde zorg en de gedeclareerde prestatie op elkaar aansluiten. Nadat het eigen risico bereikt is, stuurt de verzekeraar geen factuur meer naar de consument, waardoor controle beperkt is. Beter inzicht in de kosten draagt echter bij aan zinnig en zuinig zorggebruik. Om het kostenbewustzijn bij consumenten te vergroten, wordt op dit moment gewerkt aan verschillende deelonderwerpen. Hierbij is expliciet aandacht voor het vertalen van declaratiegegevens naar de patiënt in een begrijpelijke taal (lekenomschrijving). Daarnaast wordt gezocht naar het verbeteren van de afhandeling van klachten van consumenten over gedeclareerde kosten.

10.5.3 Zorgverzekeraar

Per 2012 is de ex post risicoverevening grotendeels afgeschaft, waardoor verzekeraars risicodragend zijn en de rekening niet meer kunnen afwentelen op andere zorgverzekeraars. Het afschaffen van de ex post risicoverevening draagt bij aan de prikkels van zorgverzekeraars om declaraties van zorgaanbieders te controleren. In de praktijk worden verzekeraars, doordat veel contracten een lumpsumkarakter hebben,

echter niet gestimuleerd om intensief declaraties te controleren[58]. Deze financieringsvorm, in lijn met het oude ziekenhuisbudget, leidt er toe dat zorgverzekeraars weinig behoefte ervaren om streng te controleren. De prikkel om incorrect te declareren is voor aanbieders door de sluitende prestatieafspraken immers verminderd. Hierdoor is het directe verband tussen declaraties en het inkomen komen te vervallen. Dit heeft over- en onderregistratie als gevolg.

Gelet op de verwachting dat de komende jaren in toenemende mate ingekocht wordt op basis van prijs- en volumeafspraken, zullen investeringen door verzekeraars op fraudedetectie meer van belang worden. In feite zijn de huidige beperkte mate van investeringen deconstructief.

Zoals in hoofdstuk 4 is aangegeven, is de zorgverzekeraar verantwoordelijk voor het inkopen van gepaste zorg evenals het controleren of de geleverde zorg ook gepast is geweest en aansluit bij de inkoopafspraken. Een samenwerking tussen beide is essentieel voor zowel een effectieve inkoop als een krachtige controle. Om de materiele en formele controle op gepast gebruik en fraude te intensiveren, is voldoende heldere informatie van belang. Het vermelden van zorgactiviteiten op de nota per 2014 biedt deze extra informatie en vergroot de controlemogelijkheden voor zorgverzekeraars en consumenten.

[58] Rapport Rekenkamer 'Transparantie ziekenhuisuitgaven'.

11. Fysiotherapie

11.1 Inleiding

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de frauderisico's in de fysiotherapie. Deze zorg maakt onderdeel uit van de eerstelijns bewegingszorg en richt zich op de (paramedische) behandeling van klachten die betrekking hebben op houding en beweging. In de paragrafen hieronder komen verschillende fraudeaspecten in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht.

11.1.1 Marktomschrijving

In Nederland zijn 16.410 fysiotherapeuten[59]. De totale kosten van de gehele paramedische zorg bedroegen in 2012 € 1,5 miljard, waarbij € 0,5 miljard betrekking had op de basisverzekering en € 1,0 miljard op de aanvullende verzekering. Fysiotherapie maakte hiervan het grootste deel uit[60].

De vergoeding van fysiotherapie uit de basisverzekering is beperkt tot een groep specifieke aandoeningen (de zogenaamde chronische lijst) vanaf een aantal behandelingen én verzekerden jonger dan 18 jaar. De niet in de basisverzekering opgenomen zorg kan (vaak) via de aanvullende verzekering alsnog worden verzekerd.

De dekking uit de basisverzekering is de afgelopen jaren verschillende keren gewijzigd. De wijzigingen betreffen zowel het aantal behandelingen dat eerst ten laste van eigen rekening komt (van 9 in 2006 tot 20 in 2012) als aanpassing van de chronische lijst; het verwijderen van enkele aandoeningen die voor vergoeding in aanmerking komen.

Patiënten kunnen rechtstreeks bij de therapeut terecht zonder een verwijzing van de huisarts of specialist. Fysiotherapie kan zowel door vrijgevestigde, extramurale zorgaanbieders als door zorgaanbieders vanuit instellingen voor medisch specialistische zorg dan wel AWBZ-zorg worden geleverd.

In de fysiotherapie gelden sinds 2008 vrije tarieven. Die gelden ook voor instellingen van medisch specialistische zorg die fysiotherapie en oefentherapie als losse prestaties leveren. Fysiotherapie die deel uitmaakt van een DOT-zorgproduct in het ziekenhuis zit al besloten in de DOT-prijs.

Zorgverzekeraars tenslotte kopen zorg in voor hun verzekerden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders spreken tarieven af in contracten voor de basisbehandeling (de algemene fysiotherapie) en de gespecialiseerde behandelingen (manuele therapie en dergelijke)[61].

11.1.2 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van

---

[59] Nivel: Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten. Peiling 1 januari 2010.
[60] Bron: NZa, Marktscan en beleidsbrief, Eerstelijns bewegingszorg, Weergave van de markt 2008 – 2013, www.nza.nl.
[61] Voor het mogen declareren van deze behandelingen is een extra opleiding nodig.

toegang tot toezicht. In paragraaf 2 gaan we in op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang tot fysiotherapie. Paragraaf 3 schetst frauderisico's rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt tenslotte het toezicht binnen de keten

11.2 Toegang

Sinds 1 januari 2006 geldt er directe toegang voor de fysiotherapie. Dit betekent dat de patiënt geen verwijzing van de huisarts, medisch specialist of bedrijfsarts meer nodig heeft. Enkele zorgverzekeraars stellen voor de behandeling aan huis als voorwaarde dat de patiënt is doorverwezen door een huisarts. Ook zijn er nog altijd (veel) patiënten die door de huisarts worden doorverwezen.

Het niet langer noodzakelijk zijn van een verwijzing heeft als gevolg dat er geen controle meer is op de toegang tot de markt voor fysiotherapie. Patiënten kunnen nu direct naar een fysiotherapeut toe voor een behandeling zonder de 'remmende' werking van een verwijzer, die kritisch kan kijken of er daadwerkelijk sprake is van een zorgbehoefte.

Het bovenstaande vergroot het risico op ongepast gebruik of het declareren van niet-fysiotherapeutische zorg als fysiotherapeutische zorg. De paragrafen over zorglevering en/of bekostiging en financiering gaan hier verder op in.

11.3 Zorglevering

De medische richtlijnen en actuele normen zijn leidend bij het leveren van paramedische zorg. De zorglevering start met het stellen van een diagnose door de fysiotherapeut. Vervolgens worden de behandelingen uitgevoerd en in rekening gebracht. De declaratie geschiedt op basis van zittingen. Doordat de diagnose wordt gesteld door degene die de zorg levert, is er geen direct controlemechanisme op de hoeveelheid behandelingen die worden geleverd. De fysiotherapeut kan daarmee de vraag naar zorg groter maken dan die is. Het gebrek aan medische kennis bij de patiënt kan deze vorm van overbehandeling versterken.

Het feit dat de eerste twintig behandelingen voor eigen rekening komen, kan echter een tegengestelde prikkel bieden. Immers patiënten ouder dan 18 jaar moeten deze zelf betalen, ongeacht of het eigen risico volledig is bereikt. Vanaf de 21ste behandeling kan er juist invloed vanuit de patiënten op de zorgverlener worden uitgeoefend om behandelingen langer uit te voeren, als het maar een aandoening betreft die op de chronische lijst staat. Hebben patiënten een aanvullende verzekering afgesloten voor het vergoeden van de eerste twintig behandelingen, dan kan deze invloed al vanaf de eerste behandeling plaats vinden.

Aanbeveling aan VWS
Geef consumenten een prikkel om niet onnodig – ten laste van de basisverzekering – zorg af te nemen. Bijvoorbeeld door een klein, maar verplicht, eigen voorschot/bijdrage in te stellen (zie verder de aanbeveling in paragraaf 3.3.1).

11.4 Bekostiging en financiering

Bekostiging is de vergoeding voor de geleverde zorg na afloop van de zorg. De fraudegevoelige prikkels in de financiering en bekostiging kunnen in het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders leiden tot bepaalde contractvormen. Eerder in dit hoofdstuk is aangegeven dat er sprake is van vrije prijzen en dat een aantal behandelingen eerst ten laste van eigen rekening komt, alvorens de zorg voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking kan komen.

Ook hier geldt dat er risico's zijn te benoemen. Deze risico's zijn:
- Onterechte vergoeding zorgverzekeraar
- Meer declareren dan daadwerkelijk geleverd
- Dubbel of niet volgens de regels declareren
- Duurdere behandelingen declareren dan geleverd
- Registreren van niet geleverde zorg

11.4.1 Onterechte vergoeding zorgverzekeraar

Dubbele bekostiging
Zorg die geleverd wordt, kan ten onrechte als fysiotherapeutische zorg ten laste van de Zvw worden gebracht. Het gaat hier bijvoorbeeld om het declareren van AWBZ-zorg ten laste van de Zvw. Dat kan gebeuren als zorg wordt geleverd aan bewoners van een AWBZ-instelling. De instelling krijgt immers in haar budget geld voor het behandelen van patiënten. Het ten laste van de Zvw brengen van deze behandelingen leidt er toe dat deze dubbel worden betaald.

Onverzekerde zorg
Behalve in AWBZ-instellingen is het ook mogelijk dat bepaalde behandelingen die door fysiotherapeuten op sportscholen worden gegeven ten onrechte ten laste van de Zvw worden gebracht. Het gaat dan om behandelingen die meer op sportschoolactiviteiten lijken, maar waarbij de patiënt een belang heeft bij vergoeding door de zorgverzekeraar in plaats van zelf een abonnement op de sportschool te nemen.

De NZa heeft enkele signalen ontvangen dat niet-paramedische prestaties als paramedische prestaties worden gedeclareerd. Dat heeft als gevolg dat kosten die eigenlijk ten laste van de aanvullende verzekering of voor eigen rekening moeten komen, worden afgewenteld op de maatschappij. Het financiële belang voor de patiënt speelt hierbij een rol.

Aanbeveling aan verzekeraars
Besteed extra aandacht in de (materiële) controles aan het vergelijken van de geleverde prestatie met het patiëntendossier voor wat betreft zorg die in AWBZ-instellingen wordt geleverd en fysiotherapeuten die op een locatie van een sportschool werken.

11.4.2 Meer declareren dan daadwerkelijk geleverd

Alle zorgverzekeraars hanteren het beleid dat het eigen basiscontract wordt aangeboden aan alle fysiotherapeuten die hen landelijk bekend zijn. In dit basiscontract wordt een aantal minimale kwaliteitseisen gesteld waaraan een fysiotherapeut moet voldoen om voor contractering in aanmerking te komen. Een aantal zorgverzekeraars hanteert een basiscontract, anderen hanteren gedifferentieerde vormen waarin

aanvullende eisen worden gesteld om in aanmerking te komen voor een hoger tarief.

Behalve eisen aan de kwaliteit worden in de contracten ook eisen gesteld die ervoor moeten zorgen dat de zorg rechtmatig dan wel doelmatig wordt geleverd en daarmee gedeclareerd. De risico's in de onderstaande tabel hebben betrekking op het mogelijk onrechtmatig of ondoelmatig declareren van zorg.

Tabel 11.1. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het niet voldoen aan de eisen van een lange zitting (upcoding).	De lange zitting is bedoeld voor patiënten met complexe en/of meervoudige zorgvragen. De aandoening en de situatie van de patiënt brengen met zich mee dat het niet mogelijk is om de interventie in een reguliere zitting uit te voeren. Deze prestatie kan door de zorgaanbieder alleen in rekening worden gebracht indien er sprake is van een complex behandelprogramma.
Het onterecht in rekening brengen van toeslagen voor uitbehandeling (upcoding).	In het geval de zorgaanbieder de patiënt bezoekt, kan naast de zitting een toeslag voor uitbehandeling worden gedeclareerd. Dit mag niet wanneer de behandeling in een inrichting plaats vindt. Hiervoor geldt een aparte toeslag.

Bron: NZa

Voor toeslagen geldt dat daarin gedetailleerd is beschreven waar je aan moet voldoen, voordat deze in rekening mogen worden gebracht. Daarbij geldt het klassieke risico dat hoe meer je alles voorschrijft, hoe groter de kans dat een bepaalde handeling er buiten valt. Immers niet alles valt in regels te vatten. Het bijzondere daarbij is dat de meeste van de kosten fysiotherapie door consulten worden gemaakt, die 'open' zijn omschreven. Toeslagen zijn 'strak' omschreven en zijn dicht gereguleerd. Het gevolg kan zijn dat het vaak voorkomt dat iets 'net niet' mag, wat fraude in de hand werkt.

Over de in tabel 1.4 genoemde risico's heeft de NZa overigens geen meldingen ontvangen.

Aanbeveling aan verzekeraars
Gebruik *datamining* om afwijkende declaratiepatronen bij zorgaanbieders zoals de verhouding tussen lange en korte consulten op te sporen. Stel bij de materiële controles vast of daadwerkelijk lange zittingen zijn geweest en er terecht toeslagen zijn gedeclareerd.

11.4.3 Dubbel of niet volgens de regels declareren

In de fysiotherapie kan het voorkomen dat aanbieders dubbele behandelingen registreren of niet volgens de regels declareren. In beide gevallen wordt er teveel betaald. In onderstaande tabel staan enkele voorbeelden.

Tabel 11.2. Dubbele claim/Niet volgens de regels

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Dezelfde prestatie dubbel betalen (Dubbele claim).	Het indienen van een declaratie zowel door de zorgverlener als de patiënt. Omdat de meeste zorg via de aanvullende verzekering wordt gedekt, wordt er ook vaak een factuur naar de patiënt gestuurd. Als zowel de patiënt als de zorgaanbieder de rekening naar de zorgverzekeraars stuurt, bestaat de kans dat dezelfde prestatie dubbel wordt betaald.
Niet volgens de regels declareren (Declaratie-overtredingen).	Het onterecht twee of meer dezelfde prestaties/behandelingen of een combinatie van twee of meer verschillende prestaties/behandelingen verricht op 1 dag declareren. Ook al kosten sommige patiënten dan misschien meer tijd, zorgaanbieders mogen niet zomaar meerdere consulten declareren.
Niet volgens de regels declareren (Declaratie-overtredingen).	Het ten onrechte in rekening brengen van (inrichtings-)toeslagen. Inrichtingstoeslagen mogen alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van een incidentele behandeling waarvoor de zorgaanbieder de praktijk moet verlaten. Als de locatie waar behandeld wordt een meer permanent karakter heeft (zorgaanbieder is een vast (dag)deel per week op een vaste behandelplek in de inrichting), dan is de inrichtingstoeslag niet van toepassing. In de praktijk blijkt er nog wel eens onduidelijkheid te bestaan over de begrippen 'permanent karakter', 'vast (dag)deel' en 'vaste behandelplek' en wordt hier verkeerd gedeclareerd.

Bron: NZa

Aanbeveling
Aan verzekeraars: Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door *datamining*) uit tegen dubbele bekostiging en opknippen.
Aan de NZa: Verduidelijk de begrippen in de regelgeving die onduidelijk zijn.

11.4.4 Duurdere behandelingen declareren dan geleverd

Naast het registreren van niet-geleverde zorg komt het ook voor dat er duurdere behandelingen worden gedeclareerd dan er zijn geleverd, upcoding. Naast de gewone zitting kunnen er namelijk tal van andere zittingen worden gedeclareerd waar een ander prijskaartje aan hangt. Het declareren van een andere – duurdere – zitting, terwijl een gewone zitting is geleverd, leidt dan tot upcoding[62].

[62] Het lastige hierin is wel dat bijvoorbeeld ook onder beroepsgenoten het begrip manuele therapie aan verandering onderhevig is. Een aanvullende opleiding is nodig om deze zorg te mogen declareren, maar wanneer dan sprake is van een manuele behandeling ligt niet eenduidig vast.

Tabel 11.3. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Declareren van manuale therapie, terwijl fysiotherapie is geleverd (upcoding).	Het betreft een gewone onafgebroken zitting, waarin de patiënt wordt behandeld, begeleid en/of geadviseerd voor één of meer indicaties.
Kinderfysiotherapie in plaats van gewone therapie declareren (upcoding).	Het betreft een gewone onafgebroken zitting gericht op kinderen, waarin de patiënt wordt behandeld, begeleid en/of geadviseerd voor één of meer indicaties.
Het in rekening brengen van individuele behandelingen terwijl er sprake is van groepsbehandeling (upcoding).	Groepszittingen kunnen in verschillende vormen naar voren komen. In alle gevallen moet er aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Zo gelden er eisen voor de duur van de behandeling, de indicatiestelling 'groepsbehandeling' gebeurt in overleg met de patiënt en de individuele behandelplannen worden uitgebreid met een groepsbehandelplan.

Bron: NZa

De NZa heeft meerdere signalen ontvangen dat duurdere behandelingen worden gedeclareerd dan geleverd.

Zorgaanbieders die bijzondere behandelingen leveren zoals manuele therapie of kinderfysiotherapie moeten daarvoor in een register zijn ingeschreven. De zorgverzekeraar kan bij het declareren van deze zorg nagaan of de zorgaanbieder daadwerkelijk in dit register is ingeschreven alvorens over te gaan tot het betalen van de zorg. Als dit niet het geval is en deze zorg wordt wel als zodanig gedeclareerd, dan is dit fout. Als de zorgaanbieder wel staat ingeschreven als zodanig, maar er is bijvoorbeeld geen manuele therapie geleverd, dan kan de zorgverzekeraar dit niet bij het betalen van de declaratie nagaan. Dat kan alleen door het uitvoeren van een materiële controle.

Aanbeveling aan verzekeraars
Kijk bij controles naar verhoudingen tussen manuele- en kinderfysiotherapie enerzijds en gewone therapie anderzijds en naar de verhouding groeps- versus individuele behandeling. Stel bij de materiële controles vast of daadwerkelijk manuele-, kinderfysiotherapie of groepsbehandeling is geleverd.

11.4.5 Registreren en declareren van niet-geleverde zorg

Bij het registreren van niet geleverde zorg declareert de fysiotherapeut prestaties in rekening gebracht die hij niet heeft geleverd. Uit de inventarisatie van risico's kwamen daarvan verschillende voorbeelden van naar voren.

Tabel 11.4. Spookzorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Het declareren van een telefonische zitting die niet heeft plaatsgevonden (Spookzorg).	Voor het in rekening brengen van een telefonische zitting moet aan verschillende voorwaarden zijn voldaan. Zo dient deze onder andere ter vervanging van een reguliere zitting te zijn en plaats te vinden tijdens of kort na een behandelepisode. Tevens dient de patiënt uitdrukkelijk te zijn geïnformeerd over het doel van de telefonische zitting.
Het declareren van een huisbezoek, wat niet heeft plaatsgevonden (Spookzorg).	Ook voor het in rekening brengen van een huisbezoek (uitbehandeling) gelden bepaalde voorwaarden[63]. Het gaat hier om of een huisbezoek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden of niet.
Het declareren van zorg terwijl er niet wordt gewerkt (Spookzorg).	Een aanbieder brengt voor 5 dagen per week zorg in rekening terwijl bekend is dat hij maar 4 dagen werkt.
Het declareren van andere prestaties dan wat er is geleverd (Spookzorg).	Een praktijk fysiotherapie verspreidt flyers met daarop reclame voor fietsmetingen / afstellen waarvan de kosten € 190 zijn. Daarbij wordt vermeld dat op het moment dat degene die deze fietsmeting afneemt ook lichamelijk klachten heeft (en voldoende is verzekerd) de fysiotherapeut dit gedeeltelijk op de zorgverzekering kan verhalen. De kosten voor de patiënt bedragen dan € 50 en verder worden er vijf behandelingen gedeclareerd bij de zorgverzekeraar om zo de resterende € 140 te voldoen. Er worden dus behandelingen gedeclareerd die niet plaatsvinden. In genoemd voorbeeld zullen deze ten laste van de aanvullende verzekering worden gebracht.

Bron: NZa

Aanbevelingen
Aan verzekeraars: Kijk bij controles naar verhoudingen tussen telefonische zittingen en huisbezoeken enerzijds en gewone zittingen en praktijk behandelingen anderzijds. Stel bij de materiële controles vast of de voorbeelden van foutief gedeclareerde zorg zijn geleverd.
Aan VWS: Verplicht het versturen van rekeningoverzichten aan patiënten (zie nadere uitwerking bij paragraaf 3.3.1).

[63] Het risico of wordt voldaan aan deze voorwaarden wordt in tabel 1.4 beschreven.

11.5 Toezicht

In de voorgaande paragrafen komen verschillende frauderisicogebieden terug. Toezicht kan er voor zorgen dat genoemde frauderisico's zich niet of in mindere mate kunnen voordoen. Deze paragraaf zoomt daarom in op de verschillende partijen die betrokken zijn bij de zorg(inkoop) en welke rol zij op het gebied van toezicht hebben. Daaromheen bevinden zich nog een aantal overheidspartijen, zoals de NZa, FIOD of het OM.

11.5.1 Zorgaanbieder

Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor een juiste registratie en het aanleveren van een juiste declaratie. Ze kunnen daar op verschillende wijze invulling aan geven zoals het instellen van een eigen controleafdeling of het aanstellen van een Raad van Toezicht die als interne toezichthouder kan fungeren. Zorgaanbieders die fysiotherapie leveren zijn over het algemeen niet zo groot dat er sprake is van het bestaan van een systeem van interne controles op de registratie- en declaratiestromen zoals hiervoor beschreven.

Hetzelfde geldt voor de publicatie- en controleplicht van de jaarrekening. Afhankelijk van de omvang en de rechtsvorm is een zorgaanbieder verplicht de jaarrekening met accountantsverklaring te deponeren bij de Kamer van Koophandel. De accountant verricht ook controlewerkzaamheden op de registratie- en declaratiestromen voor het afgeven van een goedkeurende verklaring. Veel zorgaanbieders die fysiotherapie leveren zijn vanwege hun omvang niet verplicht om hier aan te voldoen, waardoor ook deze vorm van controle hier geen of in mindere mate een rol speelt.

Aanbeveling aan verzekeraars
Houd bij de uitvoering van risicoanalyses rekening met het ontbreken van controlemechanismen bij zorgaanbieders.

11.5.2 Consument

Zoals eerder aangegeven, komen de eerste twintig behandelingen fysiotherapie voor rekening van de consument. Eventueel rechtstreeks bij de zorgverzekeraar door de zorgaanbieder in rekening gebrachte behandelingen worden ten laste van de verzekerde gebracht. Afhankelijk van de mate waarin de verzekerde hier inzicht in heeft, gaat hier een 'controlerende' functie van uit. Immers een verzekerde waarvoor bijvoorbeeld tien behandelingen in rekening worden gebracht, terwijl deze er maar vijf heeft ontvangen zal naar verwachting de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar hierop aanspreken.

Als een verzekerde echter een aanvullende verzekering heeft die deze eerste twintig behandelingen vergoedt, kan deze prikkel om de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar aan te spreken minder zijn. Deze behandelingen worden toch vergoed door de zorgverzekeraar. Niet vanuit de basisverzekering, maar vanuit de aanvullende verzekering. Zoals eerder in dezelfde paragraaf beschreven kunnen verzekerden zelfs de vraag naar zorg negatief beïnvloeden.

11.5.3 Zorgverzekeraar

Om ervoor te zorgen dat de zorg betaalbaar blijft, hebben zorgverzekeraars meerdere tools in handen. Zo kunnen ze door middel van selectieve zorginkoop aan de voorkant en het uitvoeren van

controles aan de achterkant sturing geven aan de betaalbaarheid van de zorg. Voorbeelden van controles aan de achterkant zijn het uitvoeren van materiële controle, controles op gepast gebruik en fraudebeheersing om oneigenlijk gebruik en misbruik van zorggeld te voorkomen. Een nadere toelichting hierop staat beschreven in hoofdstuk 4. Behalve de in dat hoofdstuk genoemde bevindingen, zijn er ten aanzien van fysiotherapie geen specifieke bevindingen over het functioneren van zorgverzekeraars.

12. De AWBZ – Zorg in Natura

12.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingaan op de fraudegevoelige aspecten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de zorg-in-natura (ZIN). Wij bespreken de toegang, de zorglevering en de bekostiging van de AWBZ. Per onderdeel besteden we aandacht aan de relevante regelgeving en de grootste risico's op onregelmatigheden die in de regelgeving bestaan.

De systeemanalyse is van toepassing op de AWBZ zoals deze nu is vormgegeven. Het huidige kabinet heeft echter bekend gemaakt de AWBZ sterk te gaan hervormen. De stappen tot de hervorming worden de komende jaren gezet, waarbij de eerste grote stappen vanaf 2015 plaats vinden. Alleen de zwaarste langdurige zorg wordt dan nog vergoed uit de AWBZ. De rijksoverheid blijft verantwoordelijk voor de langdurige AWBZ. Wat aan AWBZ-zorg overblijft, de zwaardere zorg voor ouderen en gehandicapten in instellingen, gaat naar de Wet Langdurige Zorg (Wlz). De Wlz is op onderdelen anders dan de huidige AWBZ.

Een deel van de huidige AWBZ-zorg gaat vanaf 2015 naar de Wmo. Gemeenten worden verantwoordelijk voor een deel van de zorg thuis, waarbij aansluiting wordt gezocht met de huishoudelijke hulp die gemeenten al leveren. Gemeenten gaan zorgen voor de begeleiding aan huis. Daarnaast wordt bijna alle jeugdzorg ondergebracht bij de gemeente. Hiermee komt de provinciale jeugdzorg, de jeugd-GGZ en de jeugd-LVG bij één loket.

Daarnaast wordt een deel van de huidige AWBZ-zorg overgeheveld naar de Zvw. Het gaat hier om de meer medische zorg, zoals de extramurale verpleging en behandeling. Daarnaast is ook besloten de persoonlijke verzorging over te hevelen naar de Zvw. De gedachte hierachter is dat er een sterke samenhang bestaat tussen verzorging en de verpleging. Een groot deel van de cliënten ontvangt beide vormen van zorg. Ook zijn veel cliënten met alleen verzorging in een later stadium aangewezen op verpleging. Ten slotte wordt ook de langdurige GGZ overgeheveld naar de Zvw. Beide overhevelingen vinden plaats per 2015, waarbij de risicodragende uitvoering per 2017 zal plaats vinden.

12.1.1 Marktomschrijving

De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen. Het gaat om vormen van zorg of hulp die vaak duur en langdurig zijn en het zijn medische kosten die vrijwel niemand op kan brengen. De AWBZ is een volksverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verzekerd en heeft recht op AWBZ-zorg. AWBZ-zorg kan worden geleverd via zorg-in-natura of voor bepaalde vormen via het Persoonsgebonden Budget (PGB). Momenteel wordt gewerkt aan de wet Langdurige Zorg (Wlz) waar de ZIN en PGB in onder worden gebracht, voor zover ze onderdeel blijven van de langdurige zorg. In dit hoofdstuk gaan wij uit van de AWBZ zoals deze nu is vormgegeven.

Onder de AWBZ vallen verschillende vormen van zorg, de belangrijkste zijn hieronder weergegeven.

Tabel 12.1. Functies

Functie	Beschrijving
Persoonlijke verzorging (PV)	Hulp bij de dagelijkse verzorging, zoals douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.
Verpleging (VP)	Verpleegkundige hulp, zoals wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.
Begeleiding (BG)	Hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijkse leven. Begeleiding is erop gericht de zelfredzaamheid van de cliënt te handhaven of te bevorderen. Doel is om verwaarlozing of opname in een instelling te voorkomen.
Behandeling (BH)	Behandeling voor het herstel van een aandoening of handicap of om te voorkomen dat de aandoening of handicap erger wordt.
Verblijf (VB)	Als zelfstandig wonen niet meer mogelijk is, zoals een tijdelijk of permanent verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis. Dit wordt ook wel intramurale AWBZ zorg genoemd. Wanneer een cliënt verblijfszorg krijgt, dan houdt dit in dat de cliënt de functie verblijf krijgt, en daarbij één of meer functies zoals deze hierboven zijn benoemt (PV, VP, BH, BG). Dit wordt sinds 2010 omschreven en bekostigd in ZZP's.

Bron: NZa

In 2012 waren de zorgkosten in de AWBZ ruim € 25 miljard euro. De zorg in natura die via de bekostiging van zorgaanbieders verloopt, bedroeg hiervan circa 22,7 miljard (inclusief kapitaallasten). De uitgaven voor het PGB bedroegen circa 2,7 miljard.

12.1.2 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht. In paragraaf 2 gaan we in op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang tot de AWBZ. Paragraaf 3 schetst frauderisico's rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt het toezicht binnen de keten en op de gehele zorgketen.

12.2 Toegang

12.2.1 Algemeen

De toegang tot de AWBZ is geregeld in de AWBZ en de onderliggende regelgeving, het besluit zorgaanspraken en de regeling zorgaanspraken. Deze wetten regelen op welke zorg je recht hebt binnen de AWBZ en wanneer.

De overheid stelt deze wetten vast. Vervolgens publiceert het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) informatie over welke zorg onder de AWBZ-verzekerd is. Als laatste stelt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) vast of een cliënt recht heeft op zorg (indicatiestelling). Hierbij gaat het om de vorm en de hoeveelheid.

Als een cliënt denkt AWBZ-zorg nodig te hebben dan vraagt de cliënt een indicatie aan bij het CIZ[64]. De indicatie kan vervolgens op twee manieren worden gesteld.

- 1. Het CIZ stelt de indicatie.
- 2. De zorgaanbieder stelt de indicatie via een mandaatregeling.

In beide gevallen is het indicatiebesluit uiteindelijk een besluit van het CIZ.

Bij de eerste manier geeft het CIZ direct zelf de indicatie af. Vaak gebeurt dit na telefonisch contact met de cliënt, familie van de cliënt en/of de behandelaar. Vervolgens geeft de cliënt bij de indicatiestelling ook de voorkeur voor de leveringsvorm (ZIN of PGB) aan en geeft het CIZ toestemming medische gegevens op te vragen. Het CIZ stelt uiteindelijk de aanspraak op AWBZ-zorg vast op basis van de beleidsregel Indicatiestelling. Dit betreft een intramurale aanspraak in Zorgzwaartepakket (ZZP) of een extramurale aanspraak in functies(s) en de bijhorende klasse(n). Het CIZ informeert de cliënt en het zorgkantoor over de afgegeven indicatie. Het zorgkantoor stuurt het indicatiebesluit vervolgens door naar een zorgaanbieder en geeft aan dat de zorg geleverd mag worden. De zorgaanbieder start vervolgens de zorglevering.

Bij de tweede manier wordt de indicatie niet gesteld door het CIZ, maar door de zorgaanbieder zelf. Deze mogelijkheid bestaat in een aantal specifieke gevallen. Bijvoorbeeld bij een aantal medische situaties en iedereen boven de 80 jaar[65]. Het CIZ controleert deze indicaties steekproefsgewijs. Het vervolgtraject wordt vervolgens ook voor deze indicaties ingezet.

Het CIZ indiceert voor de intramurale zorg in ZZP's en voor de extramurale zorg in functies met de bijhorende klassen. Het ZZP is een integraal zorgpakket opgebouwd uit een component voor behandeling, verzorging, verpleging en begeleiding. Daarnaast worden ook enkele vaste componenten als voeding en verblijfskosten uit dit ZZP vergoed. Deze componenten mogen volledig met elkaar worden gesubstitueerd. De extramurale zorg bestaat uit één of meer functies. Per geïndiceerde functie wijst het CIZ ook een klasse toe. Deze klasse geeft het aantal uren zorg weer waarop een cliënt recht heeft. Dit is altijd een bandbreedte, bijvoorbeeld tussen de 6 en 8 uur.

Als de medische situatie van een cliënt wijzigt, kan er gebruik worden gemaakt van een herindicatie. Ook deze herindicatie kan op twee manieren worden gesteld. Ook hier stelt of het CIZ zelf of de zorgaanbieder zelf de herindicatie. Het CIZ voert controles uit op de gestelde herindicaties. Daarnaast vindt extra monitoring plaats van de indicaties die zorgaanbieders zelf afgeven via de mandaten. CIZ controleert mensen met dit type indicatie steekproefsgewijs.

12.2.2 Risico's Toegang

Bij de toegang tot de AWBZ kunnen zich twee risico's voordoen:

- Het stellen van een onnodige indicatie.
- het stellen van een onnodig hoge indicatie.

[64] Het Bureau Jeugdzorg stelt een indicatie voor de Jeugd GGZ voor personen onder 23 jaar met psychiatrische problemen.

[65] Dit betreft de verschillende mandaatregelingen, namelijk het Standaard Indicatie Protocol (SIP), de herindicatiemandaat (HIT) en de indicaties bij 80+'ers.

Dit kan uiteindelijk leiden tot het leveren van zorg die of niet nodig is of volgens de wet- en regelgeving ten laste komt van een ander domein (Zvw of Wmo). Beide onderwerpen worden ook als aandachtspunten benoemd in de risicoanalyses van de zorgkantoren en in gesprekken met de verschillende brancheorganisaties. In beide gevallen spreken we hier over ongepaste zorg op basis van een onnodige of onnodig hoge indicatie.

Ongepaste zorg doet zich voor in de extramurale zorg en in de intramurale zorg. Binnen de extramurale zorg is hier echter nog beperkt onderzoek naar gedaan. Het risico in de intramurale zorg is naar verwachting groter dan in de extramurale zorg. In de intramurale zorg is het makkelijker om met een iets hogere indicatie ook hogere inkomsten te realiseren, omdat soms maar kleine verschillen bestaan tussen opvolgende zorgzwaartepakketten. Daarnaast zijn de financiële prikkels groter. Een hogere intramurale indicatie heeft én een groter financieel effect én kan tot gevolg hebben dat een cliënt intramurale zorg kan ontvangen, terwijl dit in het in het licht van de ingezette extramuralisering, niet beoogd is.

Het CIZ is een onafhankelijk indicatieorgaan en heeft in tegenstelling tot cliënten, artsen en zorgaanbieders geen prikkels tot hogere indicatiestelling. Bij de verschillende mandaatindicaties zijn de risico's voor hogere indicatiestelling het grootste, omdat de indicatiestelling hierbij niet door een onafhankelijk orgaan gebeurt. Zorgaanbieders hebben baat bij de hogere indicatie omdat zij vervolgens de zorg leveren en de bijbehorende prijs voor de geleverde zorg kunnen vragen.

Ook een cliënt kan nog een rol spelen bij het verkrijgen van een hogere indicatie. Door expres slechter te scoren op de beperkingenlijst dan de feitelijke situatie, kan hij de uitkomst van de indicatie hoger maken dan nodig. Dit overdrijven kan ook van toepassing zijn bij de behandelaar (zonder medeweten van de cliënt). Een behandelaar kan hierbij baat hebben, omdat de cliënt meer zorg kan ontvangen en/of een zorgaanbieder meer zorg kan declareren. De sterkste prikkel tot een hogere indicatie ligt bij de zorgaanbieder, omdat deze een direct financieel belang heeft.

Zorg wordt steeds vaker buiten de muren van een instelling geleverd, vanaf 2015 blijft alleen de zwaarste zorg onderdeel van de (intramurale) AWBZ. Een zorgaanbieder heeft dus een prikkel om tot een hoge indicatie te komen bij een cliënt, zodat de cliënt aanspraak kan blijven maken op de AWBZ-zorg en niet over hoeft naar de Wmo. Dit brengt een risico op hogere lasten voor de AWBZ met zich mee.

Het CIZ heeft recentelijk ook een eigen rapport uitgebracht over de gemandateerde upcoding.[66] Uit het onderzoek van het CIZ blijkt dat in 23% van de onderzochte indicaties sprake is van upcoding. Deze 23% richt zich op een beperkte aselecte selectie van 202 records. Naar aanleiding van dit onderzoek worden al verschillende maatregelen genomen. De NZa onderzoekt nu wat het financiële effect is van de geconstateerde upcoding.

[66] Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen (CIZ, september 2013).

Tabel 12.2. Upcoding indicatie

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Hogere indicatie stellen.	Een cliënt heeft een indicatie voor ZZP VV3. De zorgaanbieder vraagt via mandaat een herindicatie aan voor VV5, terwijl de zorgvraag van de cliënt niet veranderd is. De zorgaanbieder ontvangt een hoger bedrag per dag voor deze cliënt en komt in de toekomst in aanmerking voor de Wlz.
Hogere indicatie stellen.	Een behandelaar indiceert meer uren behandeling dan noodzakelijk is om meer productie voor de zorgaanbieder te genereren. Hierdoor wordt de AWBZ zwaarder dan nodig belast.
Onnodige indicatie stellen.	Een behandelaar geeft aan dat een cliënt niet meer zelfstandig kan lopen, terwijl dit (met hulp) nog wel het geval is. Hierdoor ontvangt de cliënt ten onrechte een AWBZ-indicatie.

Bron: NZa

Naar aanleiding van het eerder genoemde onderzoek van het CIZ worden al stappen gezet om het risico op upcoding bij de mandaatindicaties te verlagen. Mandaatindicatie zullen meer worden getoetst en de informatie die zorgaanbieders geven zal meer worden gecontroleerd bij cliënten en/of wettelijke vertegenwoordigers.

Het risico op de fraude wordt het kleinst als deze controle en de eerste indicatie face-to-face plaats vindt en niet zoals nu vaak gebeurt telefonisch. Zorgaanbieder moeten hierbij ook het gevoel krijgen dat ze werkelijk gecontroleerd worden en dat aan een overtreding sancties worden getroffen. Zorgaanbieders moeten strenger gestraft kunnen worden als ze de ontvangen vrijheid overtreden. Nu wordt gewerkt volgens het principe 'high trust, high penalty', terwijl de high penalty ontbreekt.

Aanbevelingen aan VWS en uitvoering door CIZ
- Verminder de mogelijkheid tot mandaatindicaties. De eerste indicatie moet altijd na persoonlijk contact met het CIZ worden gesteld om het risico te verkleinen.
- Verbeter de controles op herindicaties. Bij herindicaties kan gekozen worden voor bijvoorbeeld een tweejaarlijkse controle door het CIZ.

12.3 Zorglevering

In deze paragraaf inventariseren we de risico's die te maken hebben met het leveren van zorg gegeven de indicatie. Op basis van de toegang kan het zo zijn, dat een cliënt zorg krijgt op basis van een indicatie die niet passend is bij zijn zorgvraag. Een zorgaanbieder kan dan zorg leveren volgens indicatie. Deze zorg had dan eigenlijk niet geleverd moeten worden, maar de oorzaak hiervoor ligt bij de foutieve indicatiestelling.

Bij de risicoanalyse van het leveren van AWBZ-zorg komen drie belangrijke onderwerpen naar voren:
- Overbodige zorg
- Onverzekerde zorg
- Het leveren van een te lage kwaliteit van zorg

12.3.1 Overbodige zorg

In het geval van overbodige zorg gaat het vaak om zorg die geen direct onderdeel is van de indicatie en dus nog bovenop de indicatie geleverd wordt. In beide gevallen wordt niet direct regels overschreden, maar is eerder sprake van ongepast gebruik.

De cliënt wordt geïndiceerd in een zorgzwaartepakket of in extramurale functies en klassen. De uiteindelijke bekostiging is uitgebreider dan deze indicatie. Dit betekent dat een deel van de zorg die een aanbieder kan leveren niet wordt geïndiceerd en dus kan worden geleverd terwijl deze niet nodig is.

Dit risico bestaat ook bij de individueel aangepaste hulpmiddelen. De kosten per cliënt zijn afhankelijk van de behandelaar van de zorgaanbieder en de afspraken die zorgkantoren hebben met verschillende leveranciers van deze hulpmiddelen. De kosten van deze individueel aangepaste hulpmiddelen vallen momenteel onder het bovenbudgettair kader en dus buiten de contracteerruimte. Dit kader heeft geen plafond waardoor er geen prikkel is om deze kosten te beperken.

Tabel 12.3. Overbodige zorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
- Ten onrechte behandeling voor Huntington (of andere toeslagen).	Een aanbieder levert de zorg horende bij de toeslag Huntington, terwijl deze cliënt deze zorg niet nodig heeft.
- Leveren van een prestatie 'extra' bij het zorgkantoor terwijl dit niet nodig is gezien de zorgvraag.	Een extramurale aanbieder levert verpleging extra. Voor deze cliënt is de toevoeging extra niet noodzakelijk gezien zijn of haar zorgvraag.
- Te veel ZZP-meerzorg wordt geleverd.	Een aanbieder ontvangt € 200.000 voor de meerzorg voor een cliënt. Deze vergoeding is onder andere voor 24-uurs 2 op 1 verzorging. Deze zorg is niet noodzakelijk. Voor € 100.000 kan ook de zorg worden geleverd die passend is bij de zorgvraag van de cliënt.

Bron: NZa

Het risico op overbodige zorg zal naar verwachting verminderd worden onder de Wlz. Het is nog onduidelijk hoe de toegang en bekostiging er precies uit ziet straks, maar naar verwachting wordt gebruik gemaakt van integrale zorgpakketten, zoals nu de ZZP's.

Aanbevelingen
Aan zorgverzekeraars en gemeenten: Stap over op een systeem van zorgpakketten in de extramurale zorg. Hiermee daalt de grote diversiteit aan prestaties en bijhorende toeslagen. Een zorgaanbieder wordt in dit geval niet meer direct beloond voor het leveren van minder of slechtere zorg.
Aan VWS: Vergroot de prikkels tot beheersing in de AWBZ door zoveel mogelijk van de kosten in de toekomstige Wlz onder te brengen onder de contracteerruimte.
Aan VWS, het CVZ en de NZa: Zorg ervoor dat in deze periode van hervorming van de AWBZ de randen van de verschillende domeinen en producten zo concreet mogelijk worden vormgegeven om afwenteling te voorkomen. Hierbij moeten scherpe verzekerde aanspraken en zorgstandaarden worden opgesteld.

12.3.2 Onverzekerde zorg

Het risico bestaat dat zorg wordt gedeclareerd die niet valt onder deze aanspraken in de AWBZ. De bijbehorende kosten komen eigenlijk niet in aanmerking voor vergoeding onder de AWBZ en dienen bijvoorbeeld door patiënten zelf betaald te worden, maar dit gebeurt niet.

Tabel 12.4. Onverzekerde zorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
De 365 dagen grens in de GGZ wordt verkeerd gehanteerd.	Een cliënt wordt intramuraal behandeld onder de Zvw. De vergoeding onder de AWBZ is hoger dan in de Zvw. Na 260 dagen worden de kosten van deze cliënt al betaald uit de AWBZ.
Begeleiding ZG wordt ten onrechte onder de AWBZ geleverd.	Begeleiding wordt geleverd aan een cliënt en de verzorgende doet ook even de afwas. De volledige tijd wordt onder de AWBZ gedeclareerd terwijl deze afwas eigenlijk onder de Wmo valt.
Zorg aan een cliënt zonder indicatie wordt geleverd.	De revalidatie van een cliënt is afgerond. De zorgaanbieder blijft echter het ZZP van deze cliënt declareren bij het zorgkantoor.
Het VPT wordt volledig ingezet voor het leveren van huishoudelijke hulp in plaats van de beperkte uren in het VPT.	Het VPT wordt oneigenlijk gebruikt door te veel uren te substitueren naar huishoudelijke verzorging. In plaats van het leveren van de noodzakelijke zorg wordt op basis van het VPT bijvoorbeeld het huis schoongemaakt.
Cliënten worden ten onrechte snel over geplaatst naar de zorgaanbieder.	Een cliënt heeft een nieuwe heup gekregen. De nazorg dient geleverd te worden door de medische specialist vanuit het ziekenhuis. De cliënt wordt echter te snel overgeplaatst naar een verpleeghuis.

Bron: NZa

Een belangrijk risico bij de zorglevering is de afwenteling vanuit andere domeinen, de onverzekerde zorg. Rondom de grenzen van de verschillende systemen is het risico op het vergoeden van onverzekerde zorg of dubbele bekostiging het grootst. Dit risico wordt voornamelijk veroorzaakt door onduidelijkheid over de regelgeving en/of beperkte controles in het ‘rafelgebied’.

Aanbevelingen
Aan VWS, het CVZ en de NZa: Zorg ervoor dat in deze periode van hervorming van de AWBZ de randen van de verschillende domeinen en producten zo concreet mogelijk worden vormgegeven om afwenteling te voorkomen. Hierbij moeten scherpe verzekerde aanspraken en zorgstandaarden worden opgesteld.
Aan zorgkantoren: Verbeter de kwaliteit en omvang van de controles bij de zorginkoop en de declaraties voor zorg-in-natura bij de zorgkantoren.

12.3.3 Te lage kwaliteit van zorg

Uit verschillende meldingen bij de NZa en risicoanalyses van zorgkantoren blijkt, dat zorgaanbieders soms een te lage kwaliteit van zorg leveren aan de cliënt. Zorgaanbieders zouden zo weinig mogelijk en kwalitatief lage zorg kunnen leveren om hun kosten laag te houden en de opbrengst te maximaliseren.

Dit risico op onderbehandeling doet zich op twee manieren voor. Ten eerste kan de kwaliteit te laag zijn, omdat te weinig zorg wordt geleverd. De cliënt ontvangt in deze situatie minder zorg dan noodzakelijk is gezien de zorgvraag. Ten tweede kan de geleverde zorg van een lager kwaliteitsniveau zijn dan in de indicatie is opgenomen.
Als de IGZ zorg als onverantwoorde zorg aanmerkt is deze zorg ook onrechtmatig en heeft het zorgkantoor een titel om deze niet te vergoeden.

Tabel 12.5. Te lage kwaliteit van zorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Leveren van dagvulling in plaats van dagbesteding.	Een aanbieder levert dagbesteding GHZ. De zorgaanbieder biedt geen werkvervangende activiteit aan, maar er wordt gekaart.
Zorg wordt geleverd door ongeschoold personeel.	Een cliënt ontvangt persoonlijke verzorging en verpleging door dezelfde zorgverlener. Deze zorgverlener heeft niet de juiste opleiding en mag geen verpleging leveren. De geleverde zorg is van een kwalitatief te laag niveau en brengt lagere kosten voor de aanbieder met zich mee.
Een zorgaanbieder levert structureel minder zorg dan de indicatie.	Een zorgaanbieder levert bij een cliënt structureel 45 minuten zorg voor elk uur zorg waarop de cliënt recht heeft.

Bron: NZa

Het CAK brengt bij cliënten een eigen bijdrage in rekening voor de ZZP of voor geleverde zorg. De cliënt kan dit vergelijken met de omvang van zijn of haar indicatie én met de werkelijk geleverde zorg. Deze eigen bijdrage kan gebruikt worden als een belangrijk controlemechanisme in de AWBZ. Van dit controlemechanisme wordt nog te beperkt gebruik gemaakt.

Aanbevelingen
Aan het CAK: Versterk de rol van de Eigen Bijdrage als controlemechanisme in de AWBZ. Verbeter hierbij de samenwerkingen met Vektis en het CAK. Zorg er daarnaast voor dat de cliënt de rekening van de eigen bijdrage zo snel mogelijk ontvangt.
Aan cliënten: Controleer de rekening die u ontvangt voor de eigen bijdrage. Noteer daarnaast hoeveel zorg wordt ontvangen om een goede vergelijking te maken. Mochten hier structureel verschillen tussen bestaan, meld u dan bij de NZa of een andere instantie. Hierbij kan aansluiting worden gezocht bij de aanbeveling in paragraaf 3.3.1.

12.4 Bekostiging

In deze paragraaf besteden we aandacht aan de risico's in bekostiging. Bij de bekostiging in de AWBZ komen verschillende belangrijke risico's naar voren die zich kunnen voordoen, namelijk:
- extra bijbetalingen vragen aan cliënten;
- dubbele bekostiging;
- duurdere zorg declareren dan leveren;
- meer zorg declareren dan geleverd;
- overige risico's;
- risico's overige kostenposten.

Rond 50% van de extramurale zorgaanbieders in de AWBZ verwachten dat de laatste drie risico's op de zorginkoopmarkt regelmatig voorkomen. Deze verwachtingen zijn nader uitgewerkt in het rapport correct declareren in de extramurale AWBZ[67].

12.4.1 Extra bijbetaling

Intramurale zorg is vastgelegd in ZZP's. Het is voor een aanbieder mogelijk om buiten het ZZP aanvullende diensten te leveren. Deze diensten, zoals de waskosten, brengen zij apart bij een cliënt in rekening. Soms ontstaat er discussie wat nu onderdeel is van een ZZP of wat extra is en waarvoor een zorgaanbieder een bijbetaling mag vragen.

Hierbij bestaat dus een risico dat een zorgaanbieder niet alleen een vergoeding ontvangt voor de geleverde zorg binnen een ZZP, maar deze zorg ook nog eens ten onrechte in rekening brengt bij de cliënt zelf.

Tabel 12.6. Extra bijbetaling

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
De zorgaanbieder brengt de ongevraagde pedicure in rekening bij de cliënt.	Een zorgaanbieder verzorgt de pedicure bij de cliënt en stuurt later de rekening hiervoor. Zonder aanvraag van de arts kan dit, maar alleen als de kosten van te voren duidelijk zijn gemaakt aan de cliënt.
Zorgaanbieder brengt eten koken in rekening bij de cliënt.	Het koken van eten is onderdeel van het ZZP. De gebruikelijke voeding is hier onderdeel van. De zorgaanbieder ontvangt hierdoor een dubbele vergoeding voor de maaltijd.
Waskosten worden in rekening gebracht bij de cliënt.	Een zorgaanbieder brengt de waskosten van washandjes en linnengoed in rekening bij de cliënt. Deze specifieke waskosten zijn onderdeel van het ZZP. Hierdoor krijgt de zorgaanbieder deze kosten dubbel vergoed.

Bron: NZa

12.4.2 Dubbele bekostiging

Het risico op dubbele bekostiging bestaat op alle grensvlakken van de verschillende domeinen (Zvw, AWBZ en Wmo). Vaak hebben de verschillende bekostigingssystemen hun eigen declaratie- en verantwoordingssysteem. Hierdoor bestaat het risico dat kosten dubbel worden gedeclareerd in bijvoorbeeld de Zvw en de AWBZ.

De grootste risico's op dubbele bekostiging komen voor tussen de AWBZ en Zvw en tussen ZIN en PGB. Het risico op fraude is het grootst als het gaat om zorg die én onder de Zvw én onder de AWBZ voor komt en waarvan de betaaltitel afhankelijk is van het type cliënt en de zorgduur.

Het risico op dubbele bekostiging uit ZIN en uit PGB ervaren verschillende zorgkantoren als groot. De keuze voor een PGB of ZIN is uiteindelijk aan de cliënt. De cliënt kan hierbij per geïndiceerde functie een losstaande keuze maken. Het kan dus zo zijn dat een cliënt persoonlijke verzorging met een PGB ontvangt en verpleging via ZIN. Behandeling kan nooit vanuit het PGB worden geleverd. Het risico bestaat dat geschoven wordt met deze middelen en ten onrechte dubbel wordt bekostigd.

[67] Correct declareren in de extramurale AWBZ-zorg (Panteia, 2013).

Tabel 12.7. Dubbele bekostiging

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Ten onrechte extramurale zorg bovenop het ZZP declareren.	Een intramurale cliënt ontvangt aanvullende extramurale behandeling die de leverende zorgaanbieder declareert.
Verpleging declareren onder de Zvw en AWBZ.	Extramurale verpleging geleverd aan een cliënt voor herstelzorg wordt via de Zvw en via de AWBZ gedeclareerd door de zorgaanbieder.
Een DBC en ZZP declareren in de GGZ.	Een cliënt is 370 dagen in zorg bij een GGZ-instelling (GGZ-4B). De cliënt valt nu onder de AWBZ. De GGZ-aanbieder blijft echter ook de DBC declareren.
Naast de spoedzorg voor een cliënt ook het ZZP in rekening brengen.	Indien voor een cliënt spoedzorg noodzakelijk is, kan of de spoedzorg of het geïndiceerde ZZP in rekening worden gebracht. Voor een cliënt worden beide gedeclareerd bij het zorgkantoor.
Altijd 13 mutatiedagen declareren.	Bij het overlijden van een cliënt declareert een zorgaanbieder structureel 13 mutatiedagen. Gemiddeld heeft de kamer bij deze aanbieder na 3 dagen een nieuwe cliënt waardoor een ZZP wordt gedeclareerd. De aanbieder brengt dubbele kosten in rekening.
Medicijnen, consult en/of inschrijftarief (huis)arts worden door de zorgaanbieder en door de apotheek of huisarts vergoed.	De zorgaanbieder ontvangt via het ZZP een vergoeding voor medicijnen. De medicijnen worden geleverd via de apotheek in een ziekenhuis. Via deze apotheek worden de medicijnen aanvullend ten laste gebracht van de Zvw.

Bron: NZa

De risico's op misbruik of oneigenlijk gebruik zijn ook afhankelijk van de prikkels die zorgkantoren hebben om de zorguitgaven te controleren. De prikkels van zorgkantoren zijn momenteel beperkt. De enige beperkte prikkel is dat de zorg binnen de contracteerruimte ingekocht moet worden. Alles wat een aanbieder uitgeeft boven de contracteerruimte wordt namelijk niet vergoed.
In eerste instantie kan de prikkel worden vergroot door goed presterende zorgkantoren te belonen en zorgkantoren die onder het minimum presteren te bestraffen. Dit kan volgens ons via een opslag en/of afslag op de beheerskosten, omdat alleen dat direct de begroting van het zorgkantoor raakt.

Zorgkantoren houden diverse controles bij de zorginkoop en bij de uiteindelijke declaraties van de verschillende zorgaanbieder. Aan die controles liggen vaak ook interne risicoanalyses van de zorgkantoren. De kwaliteit en omvang van de controles verschilt echter sterk per zorgkantoor. Er wordt veel aandacht besteed aan controles van het PGB, waardoor minder aandacht over is voor zorg-in-natura.

Aanbevelingen
Aan VWS: Vergroot de prikkels voor zorgkantoren om zo doelmatig mogelijk zorg in te kopen via een opslag of afslag op de beheerskosten.
Aan VWS: Maak de uitvoerders van de AWBZ/Wlz zo veel mogelijk risicodragend.
Aan zorgkantoren: Verbeter de kwaliteit en omvang van de controles bij de zorginkoop en de declaraties voor zorg-in-natura bij de zorgkantoren.

12.4.3 Duurdere zorg declareren dan geleverd

Eén van de grootste risico's op fraude is het declareren van duurdere zorg dan de zorg die werkelijk wordt geleverd. De NZa heeft hier ook verschillende signalen over ontvangen. Het gaat hierbij om het in rekening brengen van tarieven die niet overeenkomen met de prestatiebeschrijving of het in rekening brengen van tarieven voor prestaties waarvoor geen beschrijving is vastgesteld.

De risico's zijn het grootst wanneer een 'dunne' grens bestaat tussen verschillende zorgproducten. Tussen extramurale behandeling en persoonlijke verzorging is het verschil in zorg duidelijk. Tussen persoonlijke verzorging en verpleging bestaat een minder duidelijke grens.

Tabel 12.8. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
PV of VP declareren als een andere prestatie wordt geleverd.	Een zorgverlener levert wekelijks begeleiding bij een cliënt. Deze cliënt heeft echter recht op persoonlijke verzorging en begeleiding. Systematisch wordt wel volledig persoonlijke verzorging gedeclareerd.
Ten onrechte wordt 'extra' of 'speciaal' gedeclareerd.	Een zorgaanbieder declareert verpleging extra voor een cliënt. Deze module extra wordt gedeclareerd in verband 24-uurs beschikbaarheid van de zorgaanbieder. Deze beschikbaarheid wordt echter niet geleverd.
Leeftijdsgrenzen worden onjuist gehanteerd	Een aanbieder declareert de toeslag woonzorg gehandicapten kind. Het kind is 11 jaar oud en komt daardoor in aanbieder voor de toeslag woonzorg gehandicaptenzorg kind. De zorg horende bij de toeslag wordt echter niet geleverd.

Bron: NZa

Aanbeveling
Aan VWS: Pas het systeem van de eigen bijdrage aan om de eigen bijdrage een belangrijke functie te geven om fraude en misbruik te voorkomen.
Aan VWS: En/of stap af van bekostiging via uurtje is factuurtje.

12.4.4 Meer zorg declareren dan geleverd

Een ander belangrijk risico is het declareren van meer zorg dan werkelijk geleverd is. De cliënt weet hoeveel zorg werkelijk geleverd is, maar ziet op dat moment niet de declaratie van de zorgaanbieder bij het zorgkantoor. Via de eigen bijdrage kunnen zij wel verschillen constateren. Het betalen van de eigen bijdrage vindt echter in een later stadium plaats. Deze mogelijkheid van misbruik doet zich op verschillende manieren voor.

Tabel 12.9. Meer zorg declareren dan geleverd

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Geen of minder uren zorg geleverd dan declareren.	Een zorgaanbieder declareert structureel 8 uur zorg per week voor een cliënt. Deze cliënt heeft weliswaar een indicatie van 6-8 uur, maar ontvangt daadwerkelijk slechts 6 uur zorg per week.

Ten onrechte een ZZP inclusief dagbesteding declareren.	Een zorgaanbieder declareert voor een cliënt structureel het ZZP inclusief dagbesteding. Deze cliënt ontvangt echter geen dagbesteding van de aanbieder, maar de dagbesteding wordt geleverd via mantelzorg of wordt helemaal niet geleverd.
Meer meerzorg declareren dan geleverd wordt.	Een zorgaanbieder ontvangt € 250.000 in verband met meerzorg voor een cliënt. Deze zorg wordt echter maar voor een deel geleverd, zodat ruim € 100.000 gebruikt kan worden voor andere doeleinden.
Reistijd declareren als directe tijd.	Een zorgaanbieder heeft in het totaal 25 minuten reistijd naar een cliënt. De zorgaanbieder levert bij de cliënt 35 minuten persoonlijke verzorging en declareert vervolgens een uur persoonlijke verzorging.

Bron: NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar fraude in de thuiszorg. Onderdeel van dit onderzoek was een enquête bij de extramurale zorgaanbieders. Uit deze enquête blijkt dat 25% van de respondenten bij een andere aanbieder een overtreding van artikel 35 Wmg heeft geconstateerd. Hierbij is niet noodzakelijkerwijs sprake van misbruik of oneigenlijk gebruik. Wel is opvallend dat de NZa, maar zeer beperkt en vaak in een laat stadium concrete signalen ontvangt van zorgaanbieders over fraude bij zorg in natura.

Aanbeveling aan zorgaanbieders
Zorgaanbieders kunnen signalen over fraude eerder melden bij de NZa.

12.4.5 Overige risico's

Uit de risicoanalyses van zorgkantoren, gesprekken met brancheorganisaties en interne signalen komen nog een aantal overige risico's naar voren.

Ten eerste het risico op verrekening tussen de onder- en overproductie tussen verschillende zorgaanbieders in de regio. Dat doen niet alleen zorgaanbieders die onderdeel zijn van eenzelfde concern, wat is toegestaan, maar ook andere aanbieders doen dit. Dit geeft een prikkel om meer zorg te leveren dan noodzakelijk. De NZa ontvangt hier veel signalen over. In de controle blijft dit soms liggen: accountants maken hier niet altijd opmerkingen over en sommige zorgkantoren staan dit zelfs toe.

Ten tweede zijn verschillende signalen ontvangen van het uitkeren van winst in de intramurale zorg. De huidige regelgeving (WTZi) staat het toe dat zorgaanbieders in de extramurale zorg winst mogen maken en uitkeren. In de praktijk blijkt dat intramurale zorgaanbieders soms ook winst uitkeren. Sommige zorgaanbieders beheren een vastgoed B.V. verbonden aan de zorgaanbieder. Via deze vastgoed B.V. keren zorgaanbieders toch hun winst uit.

Als derde wordt zorglevering via onderaanneming door de zorgkantoren vaak gesignaleerd als een belangrijk risico op misbruik en/of oneigenlijk gebruik. In het geval van onderaanneming blijft de hoofdaannemer verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorglevering aan cliënten. Door onderaanneming is bij onder andere de zorgkantoren minder zicht op de werkelijke uitvoering van de zorglevering en de hierbij horende

declaraties. Het risico op misbruik en oneigenlijk gebruik is hierdoor groter.

Dit risico hangt ook samen de laagdrempelige toegang (via de WTZi) om een zorgaanbieder te worden. Voor zorgkantoren is het vaak lastig om te bepalen of een zorgaanbieder daadwerkelijk in staat is om kwalitatief voldoende zorg te leveren. Daarnaast komt het voor dat onderaannemers zonder contract (bewuste keuze zorgkantoor) via een nieuwe zorgaanbieder een titel krijgen om toch te declareren.

Ten slotte vindt in de AWBZ het Experiment regelarme instellingen plaats bij ruim twintig zorgaanbieders in de AWBZ. Een aantal van deze experimenten richt zich op bekostiging, maar ook een aantal op zorgverlening of toegang. Bij verschillende van deze experimenten controleren zorgkantoren de indicatie. Dit experiment is tot stand gekomen om te kijken hoe in de AWBZ gewerkt kan worden met minder regels en hoe hierdoor meer tijd komt voor zorglevering.
Omdat afgeweken wordt van het standaardsysteem en zorgaanbieders veel vrijheid wordt geboden is de kans op misbruik en/of eigenlijk gebruik groter.

Tabel 12.10 Overige risico's

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Een zorgaanbieder verrekent haar overproductie met de onderproductie van een andere zorgaanbieder.	Een zorgaanbieder tekent in jaar t+1 een samenwerkingsovereenkomst met een zorgaanbieder om met terugwerkende kracht de cliënten 'over te hevelen' en vervolgens de productie te verrekenen.
Een aanbieder die hier geen mogelijkheid toe heeft keert winst uit aan een aandeelhouder.	Een intramurale zorgaanbieder rekent een deel van het jaarresultaat door een vastgoed B.V. Via deze B.V. wordt alsnog de winst uitgekeerd. Middelen lekken hierdoor weg uit de AWBZ.
Een onderaannemer levert minder uren zorg dan gedeclareerd.	Een zorgaanbieder levert structureel minder zorg dan door de hoofdaannemer wordt gedeclareerd aan het zorgkantoor.
Kosten worden onder een Experiment Regelarm onder de AWBZ gedeclareerd die niet onder de AWBZ horen te vallen.	Een zorgaanbieder indiceert cliënten zelf die normaal gesproken buiten een mandaatregeling vallen. De declaratie van deze cliënten is, ten onrechte, gemiddeld hoger dan voor de deelname aan het experiment.

Bron: NZa

Aanbeveling aan zorgkantoren
Besteed extra aandacht bij de controles op misbruik en/of oneigenlijk gebruik aan onderaanneming en nieuwe toetreders.

12.4.6 Risico's overige kostenposten

Het merendeel van de AWBZ-zorg valt onder de systematiek zoals beschreven in de eerdere paragrafen (productieafspraak -> declaratie -> bekostiging). Een deel van de zorg wordt echter nog betaald via de bevoorschotting en niet via de declaratiestandaard. In deze paragraaf beschrijven we de systematiek en de risico's voor deze posten.
Vervolgens benoemen we enkele fraudegevoelige aspecten die zich voordoen bij deze posten.

De meeste zorg die onder de AWBZ valt, declareren aanbieders op cliëntniveau. Een deel van dat geld krijgen zij vooralsnog als voorschot. Het voorschot wordt aangepast op basis van de gedeclareerde ZZP's en extramurale zorg. Aan het eind van het jaar vindt er een afrekening plaats voor de kapitaallasten.

Zorgkantoren kunnen de kosten voor kapitaallasten moeilijker controleren waardoor het mogelijk is dat aanbieders te hoge kapitaallasten opgeven. Voor de kapitaallasten loopt momenteel overgangstraject naar de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Met de NHC worden de kapitaallasten wel declarabel op cliëntniveau.

Daarnaast zijn er nog kosten die vallen onder het budgettair kader zorg maar die buiten de regulering van de NZa staan. Deze kosten kunnen ten onrechte ten laste van de AWBZ worden gedeclareerd.

Tabel 12.11. Risico's overige kostenposten

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
De zorgaanbieder vraagt hogere kapitaallasten aan dan de werkelijk gemaakte kosten.	Een zorgaanbieder heeft een nieuwe vleugel bij het verpleeghuis gebouwd en neemt de kosten hiervan op bij de nacalculatie. De zorgaanbieder neemt echter hogere dan werkelijke kosten op. Tot het einde van het NHC-invoeringstraject ontvangt de aanbieder voor een deel een hogere vergoeding.
Interne cliënten worden als extern gedeclareerd bij de tandarts AWBZ Ten onrechte wordt tarief tandarts met eigen praktijk gedeclareerd.	Een zorgaanbieder heeft een tandartspraktijk bij de zorgaanbieder. Voor de cliënten van de aanbieder wordt het tarief tandarts met een eigen praktijk gedeclareerd. Dit tarief is echter bestemd voor externe cliënten. De zorgaanbieder ontvangt ten onrechte een hoog tarief.
Te hoge gemaakte kosten van AWBZ-zorg in het buitenland opgeven.	Een cliënt ontvangt AWBZ-zorg in Portugal. De werkelijke kosten van deze zorg bedragen € 15.000, terwijl tegen het maximum tarief deze kosten € 22.000- mogen bedragen. De cliënt vervalst de rekening en declareert € 19.000. De cliënt kan ten onrechte € 4000 voor andere eigen uitgaven gebruiken.
Hulpmiddelen ten onrechte uit de AWBZ bekostigen.	Een cliënt in een verzorgingshuis met ZZP 3 heeft volgens de behandelaar een individueel aangepast hulpmiddel nodig. Dit hulpmiddel moet ten laste van de Wmo worden gebracht, maar de rekening wordt gedeclareerd bij het zorgkantoor.
Ten onrechte gebruik maken van zorginfrastructuur.	De zorgaanbieder ontvangt een bedrag voor zorginfrastructuur. Deze middelen gaan naar de bekostiging van een sociaal restaurant. Dit restaurant valt niet onder de reikwijdte van deze regeling.

Bron: NZa

Aanbevelingen
Aan VWS: Vergroot de prikkels tot beheersing in de AWBZ door zoveel mogelijk van de kosten in de toekomstige Wlz onder te brengen onder de contracteerruimte.
Aan VWS: Vergroot de prikkels voor zorgkantoren om zo doelmatig mogelijk zorg in te kopen via een opslag of afslag op de beheerskosten.

12.5 Toezicht

Verschillende partijen houden toezicht en hebben een signaalfunctie op de AWBZ-markt.

12.5.1 Zorgaanbieder

Zorgaanbieders hebben een belangrijke functie om misbruik en/of oneigenlijk gebruik te voorkomen. Zij voeren interne controles uit, waarbij zij een eigen controleplan uitvoeren. De zorgaanbieder moet bekijken of de gedeclareerde en geleverde productie klopt met van de indicatie en de juistheid van het tarief controleren. Als een zorgaanbieder bewust misbruik wil maken van de situatie, zal deze interne controle gemanipuleerd worden.

De prikkel voor zorgaanbieders om de interne controle goed vorm te geven is beperkt. Er bestaan bijvoorbeeld geen straffen, zoals boete of reputatieschade.

Bij de zorgaanbieder vindt ook een controle plaats door een externe accountant. De accountant kijkt onder andere naar de juistheid van de financiële realisatie van de productie en de financiële realisatie van de kapitaallasten.

Het CIZ bepaalt de toegang tot de AWBZ. Het CIZ rapporteert VWS over de vraag naar AWBZ-zorg. Het CIZ voert daarnaast controles uit op de gestelde indicaties. Steekproefsgewijs worden indicaties gecontroleerd. Het CIZ monitort daarnaast de indicaties die via een mandaat zijn gesteld. Op de populatie met mandaat controleert het CIZ steekproefsgewijs. De controles van het CIZ zijn nog redelijk beperkt. Hieraan ligt een politieke keuze over de capaciteit van het CIZ ten grondslag.

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit en de veiligheid van zorg en handhaaft als nodig.

12.5.2 Consument

Cliënten kunnen fraude/klachten melden bij zorgkantoor, NZa of andere instanties. Deze melding kan met alles te maken hebben waar een individuele cliënt tegen aanloopt. De cliënt heeft hierdoor een belangrijke signaalfunctie op het gebied van misbruik en oneigenlijk gebruik.

Daarnaast ontvangen cliënten de rekening van de eigen bijdrage van het CAK. De cliënt ziet hierbij hoeveel aan eigen bijdrage betaald moet worden, maar ook hoeveel zorg hiervoor door de zorgaanbieder gedeclareerd is. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van de soort zorg en de hoeveelheid zorg die geleverd is. Het werkelijk aantal uren geleverde zorg kan gecontroleerd worden met het aantal uren waarover de eigen bijdrage is berekend. Dit aantal uren is afkomstig van de declaraties van de zorgaanbieders. De cliënt moet hiervoor wel het aantal geleverde uren registreren. Van deze controle-optie wordt nog te weinig gebruik gemaakt.

12.5.3 Zorgkantoor

Zorgkantoren controleren uitgebreid ex ante en ex post de zorglevering van de zorgaanbieders. Dat doen zij op drie manieren:

- Controle zorginkoop.
- Declaraties zorgaanbieders controleren:
  - Komt de zorg overeen met indicatie?

  - Recht op AWBZ-zorg?
  - Zorg (doelmatig) geleverd?
- Onderzoek naar misbruik en oneigenlijk gebruik.

De zorgkantoren controleren ten eerste bij de zorginkoop, dus bij de contractering van de zorgaanbieders, waarbij vooral bij nieuwe zorgaanbieders een uitgebreide controle plaats vindt. Ten tweede moet het zorgkantoor de declaraties controleren van de zorgaanbieders. Dit is de zogenoemde materiële en formele controle. Het zorgkantoor moet controleren of de gedeclareerde zorg overeenkomt met het indicatiebesluit en de productieafspraken.

Zorgkantoren moeten ook het recht op AWBZ-zorg en of de zorg daadwerkelijk en doelmatig is geleverd controleren. Zorgkantoren doen zelf ook onderzoek naar misbruik en oneigenlijk gebruik. Zij doen dit aan de hand van eigen data en interne risicoanalyses. De mate van controle verschilt in de praktijk per zorgkantoor. Verschillende zorgkantoren presteren volgens ons bij deze controles onder de maat[68]. Een aantal zorgkantoren heeft op last van de NZa ook verbetermaatregelen moeten nemen. Verschillende zorgkantoren presteren ook onder de maat op het gebied van de materiële controle en het opsporen van misbruik en oneigenlijk gebruik.
Voor verschillende zorgkantoren moet de komende jaren op dit gebied een verbeteringsslag worden gemaakt. Ook door de overige zorgkantoren kunnen nog grote stappen worden gezet als de controles op misbruik en oneigenlijk gebruik worden uitgebreid en geprofessionaliseerd.

12.5.4 Toezicht NZa

De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de AWBZ. Ten eerste controleren wij of de productieafspraken voldoen aan de beleidsregels van de NZa. Daarnaast vinden bij de nacalculatie aanvullende controles plaats.

Vanuit toezicht stellen wij de normen vast voor uitvoerders van de AWBZ (prestatiemeting) en houden we aan de hand hiervan toezicht op de zorgkantoren. Aan de hand van deze normen wordt de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ bewaakt. De NZa voert hierbij ook verdiepend onderzoek uit zoals het onderzoek naar het correct declareren[69] door zorgaanbieders.

Daarnaast kunnen ook signalen (van fraude) gemeld worden bij de NZa. Naar aanleiding hiervan handhaaft de NZa ook bijvoorbeeld het in rekening brengen van aanvullende diensten.

12.5.5 Controle CAK

Na ontvangst van de eigen bijdragen stort het CAK de eigen bijdragen in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Daarnaast ontvangen cliënten de rekening van de eigen bijdrage van het CAK. Het aantal uren geleverde zorg kan gecontroleerd worden met deze eigen bijdrage. Cliënten kunnen fraude/klachten melden bij zorgkantoor, NZa of andere instanties. Ten slotte houdt de inspectie toezicht op de kwaliteit en de veiligheid van zorg. Het CAK heeft op dit gebied zelf een beperkte controlerol. Wel ontvangen we signalen dat cliënten erg laat de

[68] Samenvattend Uitvoeringsrapport AWBZ 2011 en 2012.
[69] Correct declareren in de extramurale AWBZ-zorg (Panteia, 2013).

rekening van de eigen bijdrage ontvangen. Dit bemoeilijkt de controle van cliënten met de werkelijk geleverde zorg. NZa beoordeelt de uitvoering van de AWBZ door het CAK als voldoende.

13. De AWBZ – PGB

13.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de fraudegevoelige aspecten van het persoonsgebonden budget (PGB). Het PGB is een manier waarop de verzilvering van AWBZ-zorg kan plaatsvinden. In het geval van een PGB bepaalt de cliënt zelf wie de zorgverlener wordt en koopt deze zorg ook zelf in. De cliënt heeft in deze situatie meer regie over de zorg en kan de zorg meer op maat regelen. Een groot verschil met zorg in natura is dat de zorg niet geleverd hoeft te worden door een professional, maar ook geleverd kan worden door familie of vrienden. Het doel van het PGB is dan ook om mensen een grotere keuzevrijheid te bieden om de zorg naar eigen wens in te richten. Deze vrijheid biedt echter ook de mogelijkheid tot fraude.

Met uitzondering van de AWBZ-functie Behandeling kunnen alle functies verzilverd worden met een PGB.

Tabel 13.1. Functies

Functie	Beschrijving
Persoonlijke verzorging (PV)	Hulp bij de dagelijkse verzorging, zoals douchen, aankleden, scheren, hulp bij medicatie inname, ogen druppelen of naar de wc gaan.
Verpleging (VP)	Verpleegkundige hulp, zoals wondverzorging en injecties of hulp bij zelf leren injecteren.
Begeleiding (BG)	Hulp bij het organiseren van praktische zaken in het dagelijkse leven. Begeleiding is erop gericht de zelfredzaamheid van de cliënt te handhaven of te bevorderen. Doel is om verwaarlozing of opname in een instelling te voorkomen.
Verblijf (VB)	Als zelfstandig wonen niet meer mogelijk is, zoals een tijdelijk of permanent verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis. Dit wordt ook wel intramurale AWBZ zorg genoemd. Wanneer een cliënt verblijfszorg krijgt, dan houdt dit in dat de cliënt de functie verblijf krijgt, en daarbij één of meer functies zoals deze hierboven zijn benoemd (PV, VP, BH, BG). Dit wordt sinds 2010 omschreven en bekostigd in ZZP's.

Bron: NZa

Het totale beschikbare kader voor het PGB bedroeg in 2012 circa € 2,7 miljard. In 2012 was er in de AWBZ sprake van een budget voor de zorgkosten van ruim € 25 miljard euro.
In dit hoofdstuk gaan wij uit van de AWBZ en dus ook het PGB zoals die nu zijn vormgegeven.

13.1.1 Leeswijzer

In de komende paragrafen komen verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod, van toegang tot toezicht. In paragraaf 2 gaan we in op de eerste fase van de zorgketen, namelijk de toegang tot de AWBZ. Paragraaf 3 schetst frauderisico's rondom de zorglevering, waarna paragraaf 4 ingaat op specifieke bekostigingsaspecten. In paragraaf 5 volgt het toezicht binnen de keten en op de gehele zorgketen.

13.2 Toegang

De toegang naar PGB-zorg is identiek aan die van zorg in natura (zie hoofdstuk 12). Een cliënt kan bij de aanvraag bij het CIZ zelf aangeven of hij of zij een voorkeur heeft voor levering in ZIN of via een PGB. In een later stadium kan een cliënt deze keuze wijzigen bij het zorgkantoor. De functie Behandeling kan niet via een PGB bekostigd worden. Behandeling wordt altijd geleverd als zorg in natura. Per geïndiceerde klasse is een aantal uren vastgesteld op basis waarvan de vergoeding wordt bepaald.

In 2012 konden alleen nieuwe cliënten met een indicatie voor zorg met verblijf hun zorgvraag met een PGB verzilveren. In 2013 komen ook weer nieuwe mensen met een zorgvraag voor een indicatie voor zorg zonder verblijf voor een PGB in aanmerking. Voor de extramurale zorg geldt dat om in aanmerking te komen voor een PGB de AWBZ-indicatie minimaal een jaar geldig moet zijn. Daarnaast geldt een 10-uurs grens voor een PGB in geval van begeleiding. De urengrens houdt in dat alleen als een cliënt minimaal 10 uur begeleiding per week nodig heeft hij of zij een PGB kan krijgen. Als de cliënt al een PGB had, geldt de urengrens niet.

Het komt voor dat mensen een PGB aanvragen en het PGB niet gebruiken waarvoor het is bedoeld. Het CIZ en de zorgkantoren voeren in 2013 met meer PGB-cliënten persoonlijke gesprekken, zogenoemde bewuste keuzegesprekken. Zo krijgen zij beter zicht op de mensen die PGB's aanvragen.

De cliënt vraagt uiteindelijk met de indicatie een PGB aan bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor kijkt naar de aanmelding en kan deze alleen afwijzen op administratieve gronden. Bij vermoedens van mogelijk misbruik en/of oneigenlijk gebruik heeft het zorgkantoor bijna geen middelen tot afwijzen beschikbaar. Het zorgkantoor legt voor de controle op PGB ook huisbezoeken af. Dit aantal is vanaf 2013 toegenomen. Een huisbezoek kan echter alleen als een cliënt hiervoor toestemming geeft.

Het zorgkantoor beoordeelt daarnaast of het regionale subsidieplafond nog toereikend is. Als het subsidieplafond bereikt is, wijst een zorgkantoor de aanvraag af. Uiteindelijk geeft het zorgkantoor aan dat de zorg geleverd kan worden. Het zorgkantoor heeft afhankelijk van de beschikbare financiële ruimte prikkels om te proberen zorg af te wentelen op PGB of op zorg in natura.

Bij de toegang tot de AWBZ komen twee belangrijke onderwerpen naar voren:
- Het onnodig stellen van een indicatie.
- Het stellen van een te hoge indicatie.

Dit kan uiteindelijk leiden tot het leveren van zorg en de bijhorende kosten ten laste van de AWBZ die niet nodig zijn. Beide onderwerpen worden ook als aandachtspunten benoemd in de risicoanalyses van de zorgkantoren en in gesprekken met de verschillende partijen.

13.2.1 Het onnodig stellen van een indicatie

De laatste jaren is regelmatig in het nieuws geweest dat mensen onterecht een PGB ontvingen. Signalen aan de NZa en zorgkantoren bevestigen dit beeld. Voor deze mensen bleek achteraf onnodig een indicatie te zijn gesteld.

Een cliënt kan hier zelf een rol in spelen door onnodig een indicatie aan te vragen door onjuiste informatie te verstrekken over de medische situatie. Hij ontvangt vervolgens wel PGB-middelen. In plaats van een cliënt kan ook een bemiddelingsbureau de aanvraag bij het CIZ doen, al dan niet met medeweten van de cliënt. Er bestaan vervolgens verschillende manieren om voordeel te hebben van deze indicatie. Bij het onderdeel bekostiging gaan we hier verder op in.

Behandelaars kunnen een indicatie aanvragen voor een cliënt die geen zorg nodig heeft door een onjuiste diagnose te stellen. In het verleden heeft dit vooral plaatsgevonden bij cliënten die de Nederlandse taal niet volledig machtig waren en/of niet bekend zijn met de AWBZ en de PGB-regeling.[70] Dit risico bestaat niet alleen bij de indicaties die door het CIZ worden afgegeven maar ook bij de indicaties die door het Bureau Jeugdzorg worden afgegeven. In het geval van Bureau Jeugdzorg is het risico zelfs groter omdat hier minder controles bij de indicatie plaatsvinden.

Tabel 13.2. Onnodige indicatie

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
De cliënt heeft geen zorgvraag meer, maar het PGB loopt wel door.	Een cliënt heeft geen zorgvraag meer, maar laat het PGB ten onrechte doorlopen. Het kan hierbij ook voor komen dat een bemiddelingsbureau ten onrechte verlenging wordt aanvraagt door de handtekening van de cliënt te vervalsen.
Een behandelaar stelt een onjuiste diagnose om een PGB aan te vragen voor een cliënt.	Een cliënt heeft geen zorgvraag volgens de aanspraken onder de AWBZ. Een behandelaar stelt een onjuiste diagnose vast en communiceert deze naar het CIZ. Naar aanleiding daarvan wordt ten onrechte een indicatie vastgesteld.
Een cliënt meldt zich bij een bemiddelingsbureau. Het bureau vraagt onder onjuiste voorwaarden een PGB aan.	Een bemiddelingsbureau neemt de volledige aanvraag over van de cliënt. Deze cliënt heeft een zorgvraag voor huishoudelijke zorg. Het bemiddelingsbureau past de zorgvraag aan, zodat een PGB met persoonlijke verzorging en begeleiding wordt geïndiceerd.
Een zorgaanbieder vraagt via een HIT een herindicatie aan voor een cliënt.	Een cliënt verblijft bij een zorgaanbieder via zijn PGB. De zorgaanbieder vraagt via een HIT een herindicatie aan zonder dat de medische situatie bij een cliënt is veranderd.

Bron: NZa

Het risico wordt lager onder de toekomstige Wlz. Alleen de zware intramurale zorg blijft onderdeel van het AWBZ-PGB. De financiële effecten van een onterecht indicatie zijn wel groter. De toegang tot de Wlz wordt dus erg belangrijk. Het risico op fraude wordt het kleinst als de indicatie face-to-face plaats vindt.

Aanbevelingen
Aan VWS en uitvoering door CIZ: Maak alleen een PBG mogelijk in de Wlz als de indicatie face-to-face wordt gesteld.
Aan VWS en uitvoering door CIZ: Zoek bij een herindicatie altijd contact met de cliënt.
Aan VWS: Geef zorgkantoren/Wlz-uitvoerders onder de Wlz een belangrijkere rol bij de toegang tot het PGB. Zorgkantoren moeten de

[70] Fenomeenonderzoek PGB-fraude in Nederland.

mogelijkheid krijgen om een PGB af te wijzen als bijvoorbeeld het zorgkantoor de zorgvraag te complex acht voor een PGB, de cliënt de eigen regie niet kan voeren, als er voldoende alternatieven via ZIN voor handen zijn of als het zorgkantoor een grote kans op fraude voorziet.

13.2.2 Het stellen van een te hoge indicatie

Net als bij zorg in natura kan sprake zijn van een te hoge indicatie bij een PGB. De cliënt (of het bemiddelingsbureau) heeft daar bij een PGB direct profijt van. Als een bemiddelingsbureau of behandelaar het beheer over het PGB heeft overgenomen, hebben zij ook een prikkel dit te doen. In dit geval kan de indicatie worden verhoogd zonder dat de cliënt dit weet, bijvoorbeeld door het oneigenlijk gebruik van een handtekening.

Tabel 13.3. Te hoge indicatie

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
De cliënt overdrijft de medische situatie om een hoger PGB te ontvangen.	Een cliënt geeft bij een arts aan niet meer zelf gebruik te kunnen maken van het toilet. Terwijl dit nog wel het geval is. De arts vraagt naar aanleiding hiervan ten onrechte een herindicatie aan bij het CIZ.
Ten onrechte wordt een herindicatie te hoog vastgesteld.	Een bemiddelingsbureau vraag een herindicatie aan voor een cliënt en vervalst hierbij de handtekening van de cliënt. De medische situatie van de cliënt is in deze situatie niet gewijzigd.

Bron: NZa

Aanbevelingen
Aan VWS en uitvoering door CIZ: Onder de Wlz moet alleen een PGB mogelijk zijn indien de indicatie face-to-face wordt gesteld.
Aan VWS en uitvoering door CIZ: Bij een herindicatie altijd contact wordt gezocht met de cliënt.
Aan VWS: Geef zorgkantoren/Wlz-uitvoerders onder de Wlz een belangrijkere rol bij de toegang tot het PGB.

13.3 Zorglevering

In deze paragraaf inventariseren we de risico's die te maken hebben met het leveren van zorg. Op basis van de toegang, zoals in de vorige paragraaf beschreven, kan het zo zijn, dat een cliënt met een onjuiste indicatie in zorg gaat. Deze zorg had dan eigenlijk niet geleverd moeten worden, maar de oorzaak hiervoor ligt bij de foutieve indicatiestelling.

Met behulp van het PGB koopt de cliënt zorg in bij één of meer zorgaanbieders. Zorg kan ook worden geleverd door een kennis, familielid of ander privé persoon. Deze personen kunnen niet alle zorg leveren, voor verpleging bijvoorbeeld is een BIG-registratie nodig.

De zorgaanbieders leveren vervolgens de zorg volgens afspraak aan de individuele cliënt. Dat betekent dat een cliënt vrij is om in te vullen hoe deze zorg geleverd wordt.

Het aantal risico's bij de zorgverlening zijn voor het PGB relatief beperkt. Maar omdat er voor de cliënt een grote vrijheid bestaat bij de inzet van middelen zijn deze risico's wel groot. We zien twee belangrijke risico's betrekking tot de zorglevering:

- Het leveren van onverzekerde zorg.
- Het leveren van zorg van een te lage kwaliteit.

13.3.1 Onverzekerde zorg

Het PGB, dat op de rekening van de cliënt wordt gestort, is het totale bedrag dat beschikbaar is voor de inkoop van zorg door de cliënt. Binnen dit kader staat de PGB-cliënt vrij om (AWBZ)zorg in te kopen. Daarnaast mogen ook bemiddelingskosten worden betaald uit het PGB.

Het risico bestaat hierbij dat de middelen onjuist worden besteed. Middelen kunnen worden ingezet voor activiteiten die geen onderdeel zijn van AWBZ-zorg, zoals huishoudelijke hulp, schuldaflossing, administratie of vrije tijdsbesteding.

PGB-cliënten krijgen een groot geldbedrag gestort op de bankrekening. Hierbij kan natuurlijk de verleiding ontstaan om een deel uit te geven aan iets anders dan AWBZ-zorg. Het is van belang dat PGB-cliënten goed worden geïnformeerd over waar zij het PGB aan kunnen besteden. Als de cliënt hier niet van op de hoogte is dan worden de middelen mogelijk onopzettelijk niet juist besteed.

Tabel 13.4. Onverzekerde zorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Een cliënt betaalt Administratiekosten vanuit het PGB.	De broer van een PGB-cliënt houdt de administratie van het PGB bij. De PGB-cliënt betaalt hiervoor 4 uur begeleiding als vergoeding.
Een cliënt lost schulden af met het PGB.	Een PGB-cliënt heeft financiële problemen en gebruikt het PGB om schulden af te lossen. Minder middelen blijven over om daadwerkelijke zorg in te kopen.
Een cliënt betaalt ontspanningsactiviteiten vanuit het PGB.	Een PGB-cliënt gaat een dagje naar de dierentuin met familie. Voor het bezoek aan de dierentuin wordt een vergoeding voor begeleiding betaald aan familie.

Bron: NZa

Een belangrijk risico bij de zorglevering van het PGB-zorg is dat cliënten niet-AWBZ-zorg ontvangen. Momenteel is het voor iedereen mogelijk om zorg aan een PGB-cliënt te leveren: ZZP'ers, zorgaanbieders, familie van cliënt, vrienden van cliënt of zelf door andere PGB-cliënten. We vragen ons af of de complexere zorg onder de Wlz geleverd kan worden door al deze zorgverleners. Tegelijkertijd zijn er ook voorbeelden waarin er op deze wijze goede zorg wordt geleverd aan ernstig gehandicapte kinderen.

Aanbeveling aan VWS
Maak zorgverlening bij een PGB onder de Wlz in beginsel alleen mogelijk door gekwalificeerde zorgaanbieders.

13.3.2 Leveren van zorg van een te lage kwaliteit

Het risico bestaat dat zorgaanbieders een te lage kwaliteit van zorg leveren aan de cliënt. Dit risico op misbruik en/of oneigenlijk gebruik doet zich op twee manieren voor. Ten eerste kan de cliënt minder zorg dan noodzakelijk ontvangen.

Ten tweede kan de geleverde zorg van een lager kwaliteitsniveau zijn. De geleverde zorg wordt door lager gekwalificeerd personeel geleverd, dan waar de indicatie voor is afgegeven.

In beide situaties ligt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de cliënt. Als de geleverde zorg van onvoldoende kwaliteit is dan kan de cliënt overstappen naar een andere zorgverlener. Als de cliënt tevreden is over de zorglevering ondanks de mindere kwaliteit, is in principe sprake van voldoende kwaliteit van zorg, mits sprake is van AWBZ-zorg. Het kan echter voorkomen dat een cliënt door de zorgverlener of een bemiddelingsbureau onder druk wordt gezet om de lagere kwaliteit van zorg te accepteren.

Tabel 13.5. Te lage kwaliteit van zorg

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Zorgverlener verleent minder zorg dan afgesproken in de zorgovereenkomst.	Een zorgaanbieder levert structureel 6 uur persoonlijke verzorging per week. In de zorgovereenkomst tussen cliënt en zorgaanbieder is afgesproken wekelijks 8 uur zorg te leveren.
Zorgverlener verleent begeleiding in plaats van verpleging.	In een zorgovereenkomst is afgesproken 4 uur verpleging per week te leveren. De zorgaanbieder levert slechts begeleiding.

Bron: NZa

Het toezicht van de cliënt kan worden versterkt door de eigen bijdrage niet direct van het PGB af te halen. Cliënten betalen dan een eigen bijdrage over de zorg die verantwoordt wordt binnen het PGB. Hierdoor zullen cliënten beter controleren of de zorg werkelijk geleverd is en hebben cliënten een prikkel om een PGB niet onnodig volledig te benutten. Dit kost de cliënt namelijk geld.

Aanbeveling aan VWS
Maak de eigen bijdrage in het PGB meer inzichtelijk en afhankelijk van de geleverde zorg.

13.4 Bekostiging

Afhankelijk van de hoogte van het PGB-bedrag maakt het zorgkantoor het PGB in één keer of in termijnen over. Aan de vergoeding per uur en per dagdeel aan de zorgverleners door de cliënt zit wel een maximum verbonden.

PGB-cliënten verantwoorden uiteindelijk jaarlijks of halfjaarlijks de uitgaven van het PGB bij het zorgkantoor. In het verantwoordingsformulier geeft de PGB-cliënt op welke zorg is verleend, door wie deze zorg is verleend en welk bedrag hiermee gemoeid is. De cliënt overlegt hierbij de zorgovereenkomsten en de betaalbewijzen. Het PGB-geld dat niet is uitgegeven moet aan het zorgkantoor worden terugbetaald. Hierbij geldt wel een vrij besteedbaar bedrag dat niet hoeft worden terugbetaald. Dit bedrag is 1,5% van het PGB met een maximum van € 1.250,- per jaar. Het zorgkantoor controleert uiteindelijk alle verantwoordingsformulieren. Jaarlijks worden daarnaast nog 5% van de cliënten uitgebreider gecontroleerd. Het ministerie van VWS heeft met

ingang van 2013 verzocht dit percentage te verhogen naar minimaal 20%.[71]

Op basis van risicoanalyses van zorgkantoren, ontvangen signalen, diverse onderzoeken en input van experts onderscheiden we de onderstaande belangrijkste risico's op misbruik en oneigenlijk gebruik bij de bekostiging van het PGB:
- Meer zorg declareren dan geleverd.
- Misbruik bemiddelingsbureau.
- Dubbele bekostiging.
- Onterechte vergoeding (ziektegeld, vakantie).

13.4.1 Meer zorg declareren dan geleverd

PGB-cliënten, zorgverleners of bemiddelingsbureaus kunnen er baat bij hebben als meer zorg wordt verantwoord dan werkelijk wordt geleverd. Dit geld kan dan namelijk in eigen zak worden gestoken.

Tabel 13.6. Upcoding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Zorgverlener declareert meer zorg om het PGB volledig te benutten.	In november blijkt dat de PGB-cliënt nog veel ruimte heeft in het PGB. De zorgverlener declareert meer zorg in december dan werkelijk wordt geleverd om het PGB vol te krijgen.
De PGB-cliënt ontvangt onnodig extra 'zorg' om PGB volledig te benutten.	Gedurende het jaar blijkt bij de PGB-cliënt dat nog veel ruimte zit in het PGB-budget. De PGB-cliënt betaalt een dierentuinbezoek met het PGB en verantwoord dit als zorg van een begeleidende vriend.

Bron: NZa

Momenteel worden de eerste stappen gezet om het trekkingsrecht in te voeren voor het PGB. PGB-cliënten, maar ook zorgverleners en bemiddelingsbureaus hebben bij trekkingsrechten geen directe toegang tot de PGB-middelen. Hierdoor worden de risico's op fraude en oneigenlijk gebruik sterk verminderd. Het is hierbij erg belangrijk hoe de verantwoording en controles worden vormgegeven. Alleen administratieve trekkingsrechten zorgen niet voor een voldoende verbetering van de risico's op fraude en oneigenlijk gebruik.

Aanbevelingen
Aan VWS: Voer het trekkingsrecht voor het PGB zo spoedig mogelijk in over de gehele breedte.
Aan SVB en Wlz-uitvoerder: Zorg voor een goede afstemming tussen SVB en Wlz-uitvoerder. Eén van beide partijen moet met de beschikbare informatie controles doen naar misbruik en/of eigenlijk gebruik.

13.4.2 Misbruik bemiddelingsbureau/zorgleveraar

De laatste jaren heeft de NZa veel signalen ontvangen over misbruik door bemiddelingsbureaus. Dit misbruik kan zich op veel verschillende manieren voordoen.

Een bureau kan bijvoorbeeld een constructie opzetten waarbij het bureau de zorg levert, de aanvraag van het PGB regelt, bemiddelt tussen cliënt en zorgverleners, het beheer van het budget regelt en/of de

[71] Kamerbrief Aanpak PGB-fraude (december 2012, DLZ/KZ-U-3141826).

verantwoording af legt voor de cliënt. Ook de zorgverlener kan op eenzelfde manier misbruik maken van het PGB. Het bureau de zorgverlener kan vervolgens op allerlei manieren voordeel behalen.

In veel gevallen is de cliënt niet op de hoogte van het misbruik van het PGB. De PGB-cliënt heeft in goed vertrouwen het bemiddelingsbureau in de arm genomen. Volgens het onderzoek 'Fenomeenonderzoek PGB-fraude in Nederland' zijn er meerdere zaken bekend waarbij de verdachte goed bekend staat binnen de gemeenschap en mensen hem vertrouwen[72].

Tabel 13.7. Bemiddelingsbureau

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Een bemiddelingsbureau boekt geld over van rekening PGB-cliënt naar eigen rekening	Een bemiddelingsbureau heeft beheer over de PGB-rekening van de cliënt. Van deze rekening betaalt het bemiddelingsbureau de vlucht naar een vakantiebestemming.
Een cliënt ontvangt minder zorg en/of goedkopere zorg dan de indicatie.	Een cliënt ontvangt wekelijks 4 uur verpleging. De cliënt heeft op basis van zijn indicatie recht op 4 uur verpleging en 4 uur persoonlijke verzorging. De cliënt weet niet dat hij te weinig zorg ontvangt.
Een bemiddelingsbureau verantwoordt meer zorg dan werkelijk wordt geleverd.	Een bemiddelingsbureau verantwoordt de zorglevering bij het zorgkantoor. Het bureau geeft aan dat het wekelijks 6 uur zorg levert, terwijl in werkelijkheid maar 2 uur zorg wordt geleverd.

Bron: NZa

Momenteel valt het PGB onder een subsidieregeling. Als deze is uitgeput verstrekt het zorgkantoor geen nieuw PGB. De prikkels van zorgkantoren om de uitgaven van het PGB te beperken zijn momenteel erg beperkt. In de Wlz lijkt sprake te zijn van een samenvoeging met ZIN. In dit geval zijn beide vormen van bekostiging volledige substituten van elkaar en kunnen kosten ook niet op een ander systeem worden afgewenteld. In dit geval heeft de uitvoerder van de Wlz in ieder geval nog een prikkel om binnen de totale contracteerruimte te blijven.

Een cliënt is nu volledig aansprakelijk voor zijn of haar PGB en verliest dit PGB als misbruik wordt vastgesteld en moet bij fraude het PGB terugbetalen. Soms worden cliënten onder druk en/of dwang gedwongen verantwoordingsformulieren te ondertekenen. In de nieuwe Wlz moeten ook zorgverleners en/of bemiddelingsbureaus aansprakelijk kunnen worden gesteld. Een cliënt is dan eerder geneigd het misbruik aan het licht te brengen.

Aanbevelingen
Aan VWS: Vergroot de prikkels voor zorgkantoren om zo doelmatig mogelijk zorg in te kopen via een opslag of afslag op de beheerskosten.
Aan VWS: Maak de uitvoerders van de AWBZ/Wlz zo veel mogelijk risicodragend.
Aan VWS: De (financiële) aansprakelijkheid moet bij een PGB minder bij de cliënt komen te liggen.

[72] Fenomeenonderzoek PGB-fraude in Nederland (Inspectie SZW, 2012).

13.4.3 Dubbele bekostiging

Verschillende partijen signaleren risico's bij dubbele bekostiging. Dit bekent dat zorg op verschillende manieren wordt vergoed, terwijl deze maar één keer is geleverd. Dit risico bestaat bij het PGB vooral op het domein van PGB en ZIN.

De keuze voor een PGB of ZIN is uiteindelijk aan de cliënt. De cliënt kan hierbij per geïndiceerde functie een losstaande keuze maken. Het kan dus zo zijn dat een cliënt persoonlijke verzorging uit een PGB ontvangt en verpleging via ZIN. Behandeling kan hierbij nooit vanuit het PGB worden geleverd. Het risico bestaat dat geschoven wordt met deze middelen en er ten onrechte dubbel wordt gedeclareerd.

Tabel 13.8. Dubbele bekostiging

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Zorgkosten worden onder het PGB en onder zorg in natura gedeclareerd.	Een PGB-cliënt koopt zorg in bij een 'reguliere' zorgaanbieder. De zorgaanbieder declareert de geleverde zorg ook als zorg in natura.

Bron: NZa

De risico's op misbruik of oneigenlijk gebruik zijn ook afhankelijk van de prikkels die zorgkantoren hebben om de zorguitgaven te controleren.

Aanbeveling aan VWS
Vergroot de prikkels tot beheersing in het PGB door onder hetzelfde kader als ZIN te laten vallen.

13.4.4 Onterechte vergoeding

Als een cliënt een AWBZ-indicatie heeft, dan heeft hij het recht op AWBZ-zorg. Het kan echter nog steeds voorkomen dat cliënt of zorgverlener ten onrechte een vergoeding ontvangt.

Tabel 13.9. Onterechte vergoeding

Beschrijving fraudegevoelige aspect	Voorbeeld
Een PGB-cliënt ontvangt ten onrechte 'ziektegeld'.	Een PGB-cliënt ontvangt ziektegeld van de SVB. De cliënt koopt hier geen zorg voor in, maar gebruikt dit voor privé uitgaven. De zorgvraag van de cliënt is blijkbaar niet zo hoog dat deze zorg noodzakelijk is.
Zorg wordt verantwoord terwijl de cliënt op vakantie is.	Een cliënt is twee weken op vakantie in Spanje. De zorgverlener neemt deze twee weken wel mee in de verantwoording naar het zorgkantoor. In deze situatie wordt dus zorg verantwoord die niet is geleverd.

Bron: NZa

13.5 Toezicht

Verschillende partijen houden toezicht en hebben een signaalfunctie bij het PGB, onder andere om de kansen op fraude te verminderen. We hebben het hier over toezicht in de breedste vorm. Hieronder worden de belangrijkste vormen van toezicht en signaalfuncties besproken.

13.5.1 Zorgaanbieder

Zoals in dit hoofdstuk al is benoemd, zijn er veel personen of organisaties die als aanbieder kunnen fungeren. Hierop is geen direct toezicht.

13.5.2 Signalering cliënt

Cliënten kunnen fraude/klachten melden bij zorgkantoor, NZa of andere instanties. Deze melding kan met alles te maken hebben waar een individuele cliënt tegen aanloopt. De cliënt heeft hierdoor een belangrijke signaalfunctie op het gebied van misbruik en oneigenlijk gebruik. Cliënten leggen ook verantwoording af aan de zorgkantoren over de daadwerkelijke uitgaven van het PGB. Daarnaast geeft de cliënt per zorgverlener aan de Belastingdienst door welk bedrag de zorgverlener heeft ontvangen.

Als een nieuwe cliënt tijdens de indicatiestelling al aangeeft de zorg in een PGB geleverd te willen krijgen, wordt deze cliënt persoonlijk gezien door het CIZ. Het CIZ heeft in 2013 onderzoek gedaan naar te hoge indicaties bij gemandateerde instellingen.

De NZa heeft recent onderzoek gedaan naar fraude in de thuiszorg. Onderdeel van dit onderzoek was een enquête bij de extramurale ZIN-zorgaanbieders. Uit deze enquête blijkt dat 25% van de respondenten een overschrijding van artikel 35 Wmg van een andere zorgaanbieder heeft geconstateerd. Concreet gaat het hier voornamelijk om het declareren van andere of meer zorg dan daadwerkelijk geleverd is.
Dit onderzoek heeft zich niet gericht op het PGB. Het is de verwachting dat ook PGB-cliënten, zorgverleners en bemiddelingsbureaus, net als bij zorg in natura, ook misbruik en oneigenlijk gebruik van anderen signaleren. Bij een PGB wordt namelijk vaak ook samengewerkt door meerdere zorgverleners bij één PGB-cliënt.

Aanbeveling aan zorgaanbieders, cliënten en bemiddelingsbureaus
Zorgaanbieders, cliënten en bemiddelingsbureaus dienen signalen over fraude eerder te melden bij het zorgkantoor en de NZa.

13.5.3 Zorgkantoren

Het zorgkantoor heeft een taak ex post en ex ante bij de keuze en verantwoording van het PGB. Zorgkantoren geven voorlichtingsbijeenkomsten over het PGB en houdt keuzegesprekken voor mensen die willen kiezen voor een PGB. Op deze manier kiezen mensen minder snel op basis van onjuiste informatie voor een PGB.

Daarnaast controleren zorgkantoren de besteding van het PGB. Zorgkantoren moeten hierbij onder andere bekijken of de zorg rechtmatig is en of de zorg werkelijk geleverd is. De NZa ontvangt periodiek informatie van zorgkantoren over het openstaande saldo van de vorderingen bij PGB-cliënten voortkomend uit de verantwoording bij de zorgkantoren.

De openstaande vorderingen zijn in 2013 sterk toegenomen. Deze stijging is een zorgelijke ontwikkeling. Het risico bestaat dat een groter deel van de PGB-middelen niet kan worden teruggehaald.

Zorgkantoren controleerden 5% van de PGB-cliënten intensief. Dit hield in dat de PGB-cliënt schriftelijk overeenkomsten en betalingsbewijzen

overhandigde aan het zorgkantoor ter controle. Soms vond hierbij ook een huisbezoek plaats.

Op verzoek van het ministerie van VWS is met ingang van 2013 de controle door het zorgkantoor geïntensiveerd. Afgesproken is het aantal huisbezoeken te verhogen naar minimaal 20% van PGB-cliënten[73]. Het betreft vooral huisbezoeken aan cliënten die voldoen aan kenmerken die veelal samengaan met het plegen van fraude. Voor een deel worden de cliënten gecontroleerd op basis van een selecte steekproef en voor een deel aselect. De uitkomsten van de aselecte steekproef blijken in de praktijk tegen te vallen. In eerste instantie lijkt dit ook een hoog bedrag te zijn, maar na bezwaren en vervolgcontroles pakt dit bedrag veel lager uit.

Het is belangrijk dat hierdoor de beleefde pakkans wordt vergroot. Deze pakkans is nu nog relatief laag, waardoor partijen niet het gevoel hebben een groot risico te lopen in het geval van misbruik en oneigenlijk gebruik. Bovenstaande problemen kunnen onder andere worden opgelost door de capaciteit bij zorgkantoren voor het opsporen van misbruik te vergroten.

Aanbeveling aan zorgkantoren
Onder de Wlz moet voor alle PGB-cliënten een intensieve controle met een huisbezoek plaatsvinden.

13.5.4 Toezicht NZa

De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de AWBZ. De NZa handhaaft hierbij de naleving van de Wmg door zorgkantoren en zorgaanbieders. Zorgkantoren leggen aan de NZa verantwoording af over hun activiteiten. Aan de hand van deze normen wordt de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de PGB-regeling bewaakt. Het gaat hierbij vooral om de uitvoering van het controleprotocol van het CVZ door de zorgkantoren. De NZa voert de komende jaren hierbij verdiepend onderzoek uit naar de inspanningen van zorgkantoren op het gebied van PGB-fraude.

Daarnaast kunnen ook signalen (van fraude) gemeld worden bij de NZa. De NZa beoordeelt deze signalen en voert waar nodig handelend op. Op dit moment heeft de NZa geen wettelijke bevoegdheid om PGB-fraude op te sporen.

13.5.5 Toezicht Belastingdienst

PGB-cliënten geven per zorgverlener door aan de belastingdienst welk bedrag de zorgverlener heeft ontvangen. Dit is dus (een deel van) het inkomen van de zorgverlener. De belastingdienst controleert steekproefsgewijs alle inkomens en hiermee ook de inkomens van de PGB-zorgverleners.

[73] Brief Aanpak PGB-fraude 2013/2014.